



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

RAFAELA BEZERRA FERNANDES

**O IMPACTO DA PRIVATIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA NO FAZER PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES
SOCIAIS**

BRASÍLIA – DF

2014

RAFAELA BEZERRA FERNANDES

**O IMPACTO DA PRIVATIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA NO FAZER PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES
SOCIAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharel em
Serviço Social.**

**Orientadora: Prof.^a Me. Morena Gomes
Marques Soares**

BRASÍLIA – DF

2014

RAFAELA BEZERRA FERNANDES

**O IMPACTO DA PRIVATIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA NO FAZER PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES
SOCIAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharel em
Serviço Social.**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Morena Gomes Marques Soares
Orientadora
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- SER/IH/UnB

Prof.^a Dr.^a Miriam de Souza Leão Albuquerque
Membro Interno
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- SER/IH/UnB

Assistente Social Verônica Pereira Gomes
Membro Externo
Fundação Universidade de Brasília / Hospital Universitário de Brasília - FUB/HUB

BRASÍLIA – DF
14 DE JULHO DE 2014

Dedico a conclusão desta etapa aos meus dois tesouros em vida, vô Walter e vô Regina, e aos meus dois anjos, vô Hilda e vô Oscar, por terem sido e serem, em cada passo de suas caminhadas, exemplos de coragem e figuras de amor, responsáveis por edificar o seio familiar do qual me orgulho imensamente em fazer parte.

AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus, toda gratidão pelas bênçãos derramadas e por ser, sempre, alimento para a alma. Certamente este e nenhum outro passo seriam possíveis sem o Teu amparo.

Aos meus pais, Flávio, fonte de inspiração e maior espelho de sede pelo saber - distinta figura que desde os primeiros passos me apresentou ao cotidiano das lutas das camadas populares, e Mônica, meu porto seguro, exemplo de garra e simplicidade, manancial de amor e base doce de nosso lar. Ao meu irmão, Rodrigo, pelo zelo, companhia, torcida de irmão mais velho e por ter me ensinado desde novo que importantes demonstrações de amor se expressam, muitas vezes, por meio de pequenos gestos e palavras - inclusive no silêncio. Gratidão pela confiança, por suas batalhas diárias e por terem sido, desde os meus primeiros instantes de vida, os alicerces imprescindíveis sobre os quais pude apoiar e partilhar anseios, sonhos e vastas caminhadas. Vocês, que foram e sempre serão meus maiores incentivadores, foram também minhas grandes motivações para chegar até aqui. Essa conquista é nossa!

À minha grande família que, espalhada por esse vasto Brasil, sempre procurou se fazer presente, cada um à sua maneira, e com tantos sorrisos e carinho, foram combustível valioso para que esta etapa fosse concluída com êxito.

Ao Gustavo, meu amor, que durante todos esses anos me encorajou a enfrentar as batalhas cotidianas, a buscar e concretizar tantos sonhos, e que nos momentos exaustivos me lembrou que era preciso continuar. Obrigada por ter acompanhado cada passo, cada luta, por ter compreendido os momentos de renúncia que se fizeram necessários neste tempo de conclusão de curso e por poder celebrar, junto a mim, o encerramento deste ciclo.

Aos meus grandes amigos e irmãos desta vida, em especial, Amanda, Ana Beatriz, Daniela, Helena, Janiele, Mariana, Netinho, Patrícia, Rafaella e Raiana, pela torcida, cumplicidade, pelo cultivo permanente de nossos laços que refletem a solidez de nossa amizade e por partilharem comigo incontáveis momentos especiais; vocês, sem dúvida, são peças fundamentais presentes na construção da minha história.

À Raquel Bento, presente que a UnB me deu, que enfrentou comigo todas as dores e glórias da vida acadêmica. Agradeço por ter sido essa super companheira que faz parte dos momentos mais divertidos e especiais vividos nesta Universidade. Certamente os laços construídos serão mantidos e levados comigo, o que demonstra que cultivamos uma amizade para a vida.

À assistente social Verônica Gomes, minha supervisora de campo do estágio realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília que, muito mais que profissional comprometida e atenta com os debates contemporâneos pertinentes ao Serviço Social e ao mundo, foi, para mim, especial exemplo de militância, sendo em diversos momentos o estímulo essencial para continuar acreditando e buscando novos rumos à nossa sociedade. Agradeço por todo o aprendizado e, principalmente, pela graça de termos construído laços que transcendem o universo de trabalho.

Ao assistente social Nuno Reis, meu supervisor de campo do estágio realizado na Fundação LIGA que, com sua habitual disponibilidade e dedicação, foi pessoa fundamental que me orientou em momento tão marcante de descoberta da atuação do Serviço Social junto à população idosa portuguesa, cuja experiência me rendeu grandes surpresas, histórias e memórias valiosas que seguirão comigo pelas andanças por este mundo.

À equipe da SEPS, representada pela assistente social Cátia Betânia, minha supervisora de campo do estágio realizado no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que, desde o instante da minha chegada, foi responsável por propiciar um ambiente oportuno de importantes trocas e debates que, acrescidos às suas ricas contribuições, permitiu que esta fosse uma experiência ímpar de aprendizado cujo acúmulo certamente contribuiu para o reconhecimento do relevante e imprescindível trabalho desempenhado pelos assistentes sociais inseridos no campo sóciojurídico.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Teoria Social, Trabalho e Serviço Social (NUTSS), representado pelas professoras Adrianycce de Sousa e Daniela Neves, por ter sido importante espaço de construção do conhecimento, partilha e realização no processo de formação.

Ao PET/SER UnB e à todas as "petianas" que dividiram comigo a experiência de integrar um grupo cuja perspectiva nos permitiu vivenciar na prática a tríade ensino, pesquisa e extensão e foi espaço de vasto crescimento por nos desafiar e ensinar a agir pensando coletivamente.

A todos os rondonistas que tive a oportunidade de conhecer por este Brasil que, desbravando sonhos e caminhos, tiveram suas vidas envolvidas com a proposta desse projeto. Obrigada por terem dividido comigo experiências únicas onde tivemos a oportunidade de atuar, contribuir e, principalmente, crescer mergulhados em contextos sociais tão diversos.

À minha família duplex que, formada por brasileiros em terras lisboetas, foi o aconchego e espaço de convivência onde tivemos a oportunidade de crescer mutuamente numa das épocas mais maravilhosas de nossas vidas - tempo em que nos encontrávamos sós descobrindo um novo país e vivenciando sonhos. Agradeço por conservarem os marcantes laços que construímos e por partilharem do imenso amor por esta cidade unicamente especial para nós.

À todas as professoras, professores e funcionários do Departamento de Serviço Social da UnB e colegas de curso que contribuíram direta ou indiretamente para o meu processo de amadurecimento pessoal e acadêmico.

À professora Morena Marques, por quem tenho grande apreço e admiração, e que, com suas valiosas orientações, foi figura indispensável para que esse percurso fosse concluído com sucesso. Agradeço pela disponibilidade integral, paciência, amizade, pelas substantivas contribuições e por, em meio a tantas inquietações, ter me tranquilizado e estimulado a prosseguir.

À Verônica Gomes e Prof.^a Miriam Albuquerque por aceitarem pronta e carinhosamente o convite em participar da banca examinadora deste trabalho e à todas as assistentes sociais que participaram voluntariamente da pesquisa que integra este trabalho de conclusão de curso.

Os sonhos são projetos pelos quais se luta. Sua realização não se verifica facilmente, sem obstáculos. Implica, pelo contrário, avanços, recuos, marchas às vezes demoradas. Implica luta. Na verdade, a transformação do mundo a que o sonho aspira é um ato político e seria uma ingenuidade não reconhecer que os sonhos têm seus contra-sonhos.

Paulo Freire

RESUMO

A temática da privatização da saúde é um assunto intimamente ligado às pautas dos movimentos sociais na atualidade e tem assumido destacada relevância nos debates do Serviço Social, transcendendo a esfera acadêmica e atingindo os espaços sócio-ocupacionais e instâncias organizativas da categoria. O objetivo da presente pesquisa é o de proceder a uma análise dos impactos da privatização do HUB no fazer profissional dos assistentes sociais após a implementação da EBSEH. Deste modo, problematizamos as transformações vivenciadas no âmbito do HUB, estabelecendo sua relação com expansão da contrarreforma do Estado. Utilizando-se do método de análise materialista histórico e dialético, o presente estudo sucedeu uma revisão bibliográfica acerca do tema, seguida do desenvolvimento da pesquisa de campo junto às assistentes sociais atuantes no HUB que sinalizaram disponibilidade e interesse em contribuir com o estudo. A pesquisa – construída na perspectiva quanti-qualitativa – foi dividida em dois momentos: o primeiro, envolvendo a aplicação de questionário e o segundo voltado à realização de entrevistas semiestruturadas. Os resultados indicaram limites consideráveis do corpo profissional em sua organização e crítica frente à EBSEH, tornando-se pertinente o extensivo envolvimento da categoria frente às novas expressões dos ajustes neoliberais aprofundadas e intensificadas na atualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Privatização. Política de Saúde. Serviço Social. Neoliberalismo.

ABSTRACT

The theme of health privatization is closely linked to the social movements nowadays and has acquired significant relevance in the discussions related to Social Work, thus transcending the academic boundaries and reaching the socio-occupational spaces and the organizational structures of this category. The objective of this research is to analyse the impacts of privatization on HUB as well as on the way social workers manage their tasks after the implementation of EBSEH. In this way, we problematize the changes experienced at HUB establishing its relationship with the expansion of the state counter-reform. Rooted in the method of materialistic historical and dialectical analysis, this study has conducted a literature review on this subject, followed by the development in the field research with the social workers that are at HUB, showed availability to participate in this study. The research - built with a quantitative-qualitative perspective - was divided into two phases: the first with the application of questionnaires and the second aimed at conducting semi-structured interviews. The results indicated substantial limits of the body of professionals in their organization and criticism of EBSEH, making the extensive involvement of the category of workers clear, in the face of new expressions of the neoliberal adjustments that are intensified nowadays.

KEYWORDS: Privatization. Health Policy. Social Work. Neoliberalism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CONSUNI – Conselho Superior Universitário
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUB – Hospital Universitário de Brasília
HUFs – Hospitais Universitários Federais
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA – Legião Brasileira da Assistência
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não-Governamentais
OSs – Organizações Sociais
OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PT – Partido dos Trabalhadores
REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU – Tribunal de Contas da União
UnB – Universidade de Brasília

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Regime de trabalho no HUB.....	66
Gráfico 2 – Tempo de trabalho no HUB.....	67
Gráfico 3 – Opinião quanto à implementação da EBSE RH no HUB.....	67
Gráfico 4 – Houve debate entre os profissionais do HUB sobre a transição de gestão?.....	68
Gráfico 5 – Percebeu envolvimento de instâncias organizativas no debate sobre a EBSE RH?.....	69
Gráfico 6 – Houve organização da categoria dos assistentes sociais do HUB em se opor à EBSE RH?.....	70
Gráfico 7 – Você avalia que as entidades de representação da categoria profissional discutiram a privatização do HUB de forma:.....	71
Gráfico 8 – Os assistentes sociais buscaram suporte político junto às entidades político-organizativas na transição para a EBSE RH?.....	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 – TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO.....	15
1.1 Método de análise.....	15
1.2 A transição do taylorismo/fordismo ao modelo de acumulação flexível.....	18
1.3 Neoliberalismo e Contrarreforma do Estado: o direito em ameaça.....	24
CAPÍTULO 2 – SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: OS REFLEXOS DE UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS.....	32
2.1 Movimento Sanitário: sujeitos políticos e lutas sociais.....	32
2.2 A Saúde como espaço de atuação do Serviço Social.....	37
2.3 Reforma Sanitária e Serviço Social: uma aproximação necessária.....	41
2.4 Privatização e o desmonte do SUS.....	48
CAPÍTULO 3 – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: A ADESÃO AO NOVO MODELO DE GESTÃO	55
3.1 Hospital Universitário de Brasília: sua história e trajetória junto à Universidade de Brasília.....	55
3.2 EBSEERH e suas configurações.....	59
3.3 A percepção das assistentes sociais do Hospital Universitário de Brasília frente à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: análise dos dados.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	90

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, na trajetória do Brasil, foi objeto de questionamento e reivindicação dos movimentos sociais em diferentes períodos e contextos históricos. Atravessando historicamente um percurso de lutas, a bandeira levantada pelo movimento sanitário se expressa e se intensifica ainda hoje, onde a ação de um Estado máximo para o capital e mínimo para o trabalho tem seus desdobramentos na contração dos direitos sociais conquistados e ampliação da lógica mercantil, especialmente no campo da saúde.

Engajados na busca por reformas democráticas no cenário brasileiro, os movimentos sociais, sobretudo o movimento sanitário, assumem protagonismo na década de 1980, onde parte significativa das demandas que tangem o direito à saúde consubstanciam-se na Constituição Federal de 1988 e caracterizam avanços no campo social que podem ser sentidos ainda hoje. Apesar das conquistas consolidadas neste período, ao longo dos anos subsequentes, com a incorporação dos ajustes neoliberais, instaurou-se um profundo e intenso período marcado pelo retrocesso à efetivação dos direitos sociais que, frutos da luta de classes, apresentam-se no século XXI sob crônico desmonte.

Em tempos onde o capitalismo intensifica seus mecanismos de pauperismo e exploração do trabalhador, novas estratégias de apropriação da riqueza e crescimento exponencial do lucro passam a ser adotadas. Neste contexto, verifica-se a expansão do projeto privatista nos mais diversos espaços rentáveis da vida em sociedade e, na atual conjuntura, a saúde adquire centralidade no que tange o universo das privatizações.

A esfera da saúde é solo amplo e consolidado de atuação dos assistentes sociais, a qual detém destaque nos debates acadêmicos na formação do Serviço Social e, portanto, requer reflexões no que se refere ao desenvolvimento das políticas deste setor, seus desdobramentos e inflexões no universo do trabalho dos assistentes sociais, sua funcionalidade ao sistema capitalista, dentre outras questões igualmente pertinentes.

Motivada pela experiência de estágio obrigatório realizado no Hospital Universitário de Brasília, precisamente no período de transição da gestão, e tendo acompanhado de perto o debate sobre um possível contrato junto à EBSEH e a efetiva adesão à empresa concretizada a posteriori, percebemos neste contexto histórico a oportunidade de realizar um estudo mais incisivo sobre como tem se estabelecido a política de saúde no Brasil e sua íntima relação com o desenvolvimento do Serviço Social nessa área de atuação.

A prática de estágio foi espaço determinante para o interesse despertado em estudar com mais afinco a temática de saúde que, além de ser área vastamente ocupada por assistentes sociais, é campo de disputa e, portanto, acreditamos que requer olhares e análises permanentes sobre o desenvolvimento do neoliberalismo e seus rebatimentos diretos no direito à saúde.

Uma vez que a Universidade de Brasília possui atrelada a si o Hospital Universitário de Brasília enquanto espaço reconhecido e valorizado pelo desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa de referência, torna-se relevante conhecer, com maior profundidade, como se dá o trabalho dos assistentes sociais neste espaço socio-ocupacional que atualmente vivencia o processo de privatização da gestão, dos serviços e da essência do Sistema Único de Saúde enquanto garantia de direito social universal historicamente conquistado. Tem-se por objetivo central trazer contribuições ao debate do Serviço Social que ao longo das últimas décadas vive seu pleno envolvimento com a política de saúde e, por calcar-se num viés político, assume protagonismo nas lutas contra a privatização dos espaços públicos.

Para além de uma crítica incisiva ao movimento das privatizações dos Hospitais Universitários brasileiros, este trabalho de conclusão de curso tem por finalidade suscitar reflexões sobre o que se esconde por trás de um mero repasse de gestão - tal qual a justificativa do Conselho Superior Universitário da UnB na adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - onde a saúde e educação tornam-se mercadorias, corroborando para um apeamento da saúde pública. Sob alegação de que a aprovação da EBSEH seria o mecanismo necessário para efetivar a regularização dos servidores terceirizados - até então um dos maiores problemas sentidos nos HUFs, o governo federal tece em seu discurso o extensivo apoio à criação da empresa, como esta sendo a via mais apropriada para a superação das mazelas vivenciadas nos hospitais universitários.

Considerando a ampla ligação da categoria dos assistentes sociais com a política de saúde e a intrínseca relação entre saúde e condições de vida do trabalhador, têm-se aqui o intuito de elucidar questões pertinentes ao desenvolvimento do capitalismo, da produção e reprodução das relações sociais nos marcos do século XXI, apontando essencialmente suas implicações no fazer profissional dos assistentes sociais no universo da saúde, a partir da particularidade do Hospital Universitário de Brasília após a implantação da EBSEH.

Para isso, muito mais que reconhecer a importância do Serviço Social na Política de Saúde, o presente trabalho teve como base a problematização da conjuntura atual de saúde no

Brasil, analisando e apresentando um panorama das impressões dos assistentes sociais inseridos no HUB diante da intensificação das perdas dos espaços públicos e ampliação do projeto privatista sob a égide do neoliberalismo.

Orientada pela abordagem materialista histórico-dialética, cujo entendimento da realidade baseia-se em processos históricos reais determinados por relações de contradição e interdependências intrínsecas à sociedade capitalista, esta pesquisa tem por intuito analisar o fenômeno da privatização do HUB em sua totalidade, considerando ainda o viés ideopolítico presente neste método de análise que, tendo por horizonte um projeto revolucionário, entende a organização dos trabalhadores como caminho para a subversão das estruturas que geram as desigualdades sociais.

A metodologia aplicada na pesquisa desenvolveu-se a partir de um estudo misto, envolvendo estratégias qualitativas e quantitativas. A escolha por aderir ao caráter misto se deu tendo em vista o objetivo de trabalhar, de forma combinada, os dois métodos, de modo a obter uma maior apreensão e compreensão dos condicionantes decorrentes da complementaridade que possibilitam.

Para a execução do estudo foi proposta uma pesquisa de campo que, antecedida por uma reunião com toda a equipe de assistentes sociais do hospital, sucedeu-se a partir da disponibilidade e interesse dos profissionais em participar da pesquisa espontaneamente. Feito isto, foi realizado contato com as assistentes sociais que sinalizaram intenção em contribuir com a pesquisa, de modo a atingir uma amostra considerável de profissionais.

Ressaltamos que este trabalho é consoante às prerrogativas éticas defendidas e legitimadas por este corpo profissional, explicitadas na base jurídico-política do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Salientamos, assim, o direito dos assistentes sociais pelo “pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população”, bem como a “liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos” como disposto no Art. 2º do Código de Ética Profissional, o que possibilita e valida a participação dos profissionais nesta pesquisa por tratar-se de um espaço ocupacional que lhes é de prioritário interesse.

Dessa forma, o presente trabalho apresenta-se dividido em três capítulos, sendo eles: O primeiro capítulo, intitulado *Transformações no Mundo do Trabalho* cujos escritos consistiram em traçar um breve panorama histórico que integra a transição do

taylorismo/fordismo ao modelo de acumulação flexível. Evidencia-se o papel do Estado, a refuncionalização pela qual passou em tempos de incorporação do neoliberalismo e sua contrarreforma no cenário brasileiro com ações voltadas ao estímulo à economia e expansão do mercado corroborando para o aprofundamento das desigualdades sociais.

O segundo capítulo, nomeadamente *Saúde e Serviço Social: os reflexos de uma trajetória de lutas*, onde abordamos os impactos do capitalismo tardio na esfera da saúde, o profundo envolvimento do movimento sanitário com a conquista de direitos sociais e a relação de identidade e aproximação existente entre o projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social.

No terceiro capítulo, intitulado *Hospital Universitário de Brasília: a adesão ao novo modelo de gestão* apresentamos o HUB, a sua relevância enquanto hospital-escola, e a relação com a Universidade de Brasília, além das discussões sobre a implementação da EBSERH no contexto atual e a análise dos resultados da pesquisa de campo realizada com as assistentes sociais inseridas no espaço sócio-ocupacional supracitado.

Por fim, as considerações finais contemplam as apreciações sobre os dados obtidos na referida pesquisa, cujos resultados revelam os recentes impactos da efetivação da EBSERH no fazer profissional dos assistentes sociais bem como os limites para uma articulação e mobilização destes profissionais frente à conjuntura de privatização do maior complexo hospitalar público do Brasil.

CAPÍTULO I

TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

1.1 Método de Análise

Pensar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e suas implicações – tanto a nível macrossocietário, como suas refrações no Serviço Social – requer a escolha de um método materialista-histórico capaz de apreender a realidade em sua totalidade, nos condicionantes que fundamentam e orientam as relações sociais estabelecidas. Para tanto, ter-se-á como base de estudo a teoria social de Marx que, para além de examinar os fenômenos sociais a partir de suas relações de contradições e interdependências, revela seu caráter ideopolítico vinculando-se a um projeto revolucionário que propõe a superação da estrutura que gera as desigualdades sociais.

Marx, ao debruçar olhares acerca da consolidação do capitalismo no século XIX, desenvolve o método que o permite realizar o estudo da sociedade burguesa, que resulta da veraz investigação do real e pesquisa bibliográfica produzida por outros intelectuais que também dedicaram reflexões a respeito do desenvolvimento do modo de produção capitalista, destacadamente Hegel e clássicos da economia política como Smith e Ricardo.

Seu método, denominado materialismo histórico e dialético, constitui-se do exame racional da realidade baseando-se em processos históricos reais. Entendendo que a determinação da história se dá a partir da produção da vida real, Marx busca compreender os fenômenos sociais realizando o movimento dialético entre o concreto sentido - a própria realidade em sua dinâmica cotidiana, e o concreto pensado - que se dá pela suspensão da realidade e a reflexão sobre esta para seu entendimento e apreensão¹.

¹ De modo a apresentar os determinantes desta perspectiva teórico-metodológica, torna-se relevante elucidar questões centrais da obra *A Ideologia Alemã*, na qual ocorre a primeira exposição sistematizada acerca do método materialista histórico. Na obra supracitada, os filósofos Marx e Engels trazem à tona a reflexão sobre a interpretação da realidade, contrapondo-se ao idealismo alemão defendido por Feuerbach, Bauer e Stirner - filósofos influenciados pelo pensamento de Hegel, expoente da corrente idealista. Para estes estudiosos, jovens hegelianos, o primado do entendimento da realidade se concentra no mundo das ideias, onde compreender o mundo material se dá por análise subjetiva dos fatos, reduzindo a realidade concreta à esfera do pensamento, de pressupostos ideais, enquanto para Marx e Engels só é possível guiar-se e interpretar os fenômenos baseando-se nas condições práticas e objetivas de vida que são externas ao ser. Na crítica feita ao hegelianismo na presente obra, como em outras – a exemplo da *Crítica à Filosofia do Direito de Hegel* – nota-se, portanto, a afirmação da realidade concreta como condição fundamental para explicação do real e das consequentes formas de relações sociais estabelecidas em determinado tempo histórico. Destarte, tem-se a primeira exposição estruturada sobre o materialismo histórico e dialético como método de leitura e análise da realidade em 1846, bem como em 1848, além de destacarmos os subsídios presentes na obra do Manifesto do Partido Comunista.

A essência deste método está em superar a compreensão da realidade como resultado do plano das ideias, entendendo a estrutura da sociedade burguesa a partir da realidade social concreta, em suas determinações materiais e históricas que dão forma ao contexto social - como produto da relação dialética entre a influência que o mundo exerce no homem e o inverso - não havendo um sem o outro: a relação homem-natureza. Neste sentido, o entendimento desta sociabilidade se dá a partir do movimento entre o pensamento e a realidade, que se estabelece nas contradições existentes neste modelo societário calcado na produção capitalista e que se revela, essencialmente, no confronto entre a luta de classes.

Analisar os fenômenos da vida em sociedade exige, sobretudo, apropriar-se da categoria central da perspectiva marxista e sem a qual seria intangível explicar o desenvolvimento da humanidade: o trabalho. Sem o ato do trabalho, conforme aponta Marx em seus estudos, não poderíamos falar de relações sociais.

O que impulsiona o homem a trabalhar é a busca por satisfazer suas necessidades vitais e, para tanto, este transforma a natureza. E, a partir da primeira necessidade satisfeita, o ato do trabalho produz um elemento novo, que gera novas perguntas, novas necessidades e novas respostas. O trabalho surge, então, como um fenômeno social, permitindo o desenvolvimento de mediações como a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade:

As relações sociais estão intimamente ligadas às forças produtivas. Adquirindo novas forças produtivas, os homens transformam o seu modo de produção e, ao transformá-lo, alterando a maneira de ganhar a sua vida, eles transformam todas as suas relações sociais. O moinho movido pelo braço humano nos dá a sociedade com o suserano; o moinho a vapor dá-nos a sociedade com o capitalista industrial. (MARX, 2009 apud NETTO, 2011, p. 34)

Neste sentido, o trabalho é o elemento ontológico que distingue o homem da natureza, pois é o trabalho que explica o ser social. A sua capacidade de prévia-ideação (consciência) é o fator determinante que o diferencia entre os demais animais. A partir dela, somos capazes de modificar o meio e sermos modificados por ele, desenvolver novos elementos e transformar o próprio ser, meio no qual adquirimos habilidades e potencialidades. Todavia, o trabalho que se instaura como necessidade de reprodução da vida cotidiana e propósito fulcral do ser social, passa a ser incorporado como estratégia primeira de exploração de um ser sobre o outro no modo de produção capitalista. Como apresentado por Marx no texto “Trabalho Estranhado e Propriedade Privada”:

Mas, se, por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida do processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transforma em trabalho assalariado, alienado e fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A "força de trabalho" torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não primeira necessidade de realização humana. (Idem, 2004, p. 8)

Como observa Marx, a propriedade privada dos meios de produção, característica fundamental ao capitalismo, é responsável por gerar uma cisma entre o trabalhador e o seu padrão: enquanto o primeiro vende sua força de trabalho e vê sua vida transformada em também mercadoria, o segundo faz uso da força de trabalho ofertada e do resultado de seu desenvolvimento como fonte de riqueza e mecanismo de acumulação de capital. Nesta relação desigual alimentada neste sistema, o trabalhador não produz apenas mercadorias, produz a si mesmo enquanto tal, não se reconhecendo no resultado final do que produz. Aqui se estabelece o trabalho estranhado, onde quem constrói e dá vida à produção se vê alienado ao que é gerado por sua própria força de trabalho. Neste sentido, o trabalho ontológico que nasce como emancipatório se transforma em labor, ônus e sufoca, enquanto deveria, essencialmente, libertar.

Ao tratar da Lei Geral da Acumulação Capitalista, Marx, em seu volume II do livro I de "O Capital" esclarece em detalhes a essência do capitalismo: este modo de produção se baseia no acúmulo, no lucro, e não na satisfação integral das necessidades humanas.

O que move o capital é a busca de lucros, ou seja, a extração do máximo de mais-valia a partir dos simultâneos processos de trabalho e valorização que integram a formação do valor das mercadorias, o qual se realiza na esfera da circulação. (BRAZ; NETTO, 2006 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 68-9)

Tem-se como consequência a disputa incessante entre empresas pela intensificação do desenvolvimento das forças produtivas, de modo a atingir níveis cada vez mais elevados de produtividade. Assim, quanto mais se desenvolve a capacidade produtiva do sistema, menor o número de trabalhadores necessários para manter a lógica mercantil. É, portanto, a redução do trabalho vivo em substituição ao trabalho morto. O resultado disso, como mostra Marx, é o caráter contraditório e instável inerente ao capitalismo, onde quanto mais elevado é o grau de desenvolvimento das forças produtivas, maior é o cenário de pobreza, miséria e desemprego.

Sendo assim, entendendo que o capitalismo possui a tendência natural à crise, observa-se que este se estabelece num movimento cíclico onde as crises do capital se encontram inteiramente ligadas à composição orgânica entre trabalho vivo e trabalho morto. E, portanto,

trazem à tona a relevância da existência do exército industrial de reserva - composto pela força de trabalho que excede as necessidades do ciclo de produção - que muito mais que funcional à manutenção da lógica capitalista, serve como instrumento crucial de superação das vicissitudes cíclicas sem as quais o capitalismo não se sustentaria.

1.2 A Transição do Taylorismo/Fordismo ao Modelo de Acumulação Flexível

O desenvolvimento do trabalho nos mais diversos períodos históricos nos permite compreender de que maneira caminhamos para o cenário brasileiro atual, em que se verifica a intensificação da pauperização e exploração do trabalhador em todas as esferas da vida. Sendo assim, interessa-nos traçar um panorama acerca da transição do taylorismo/fordismo ao modelo de acumulação flexível, período no qual as intensas modificações no mundo do trabalho revelaram as transformações nas funções do Estado e seus rebatimentos à sociedade.

O contexto da crise de 1929-1932, conhecida como a Grande Depressão desencadeada pela superprodução e consequente quebra na bolsa de valores de Nova York, teve seus desdobramentos em níveis globais no comércio mundial e foi o momento em que se fez necessário o reconhecimento dos limites presentes na proposta de uma economia autorregulada defendida pelo liberalismo clássico. Neste sentido, junto à crise "instaura-se a desconfiança de que os pressupostos do liberalismo econômico poderiam estar errados (Sandroni, 1992: 151) e se instaura, em paralelo à revolução socialista de 1917, uma forte crise econômica, com desemprego em massa, e também de legitimidade política do capitalismo" (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 68).

Logo, neste tempo marcado pelo imperialismo clássico, novas demandas são colocadas à burguesia que vê seus investimentos ameaçados e, portanto, busca novas estratégias de superação da recessão. Em busca de soluções para o cenário mundial ora estabelecido, o economista britânico John Maynard Keynes² propõe a intervenção do Estado como alternativa a reestabelecer a produção. Entrelaçadas com as experiências do *New Deal*³, as ideias de Keynes tomam proporções internacionais e sua aplicabilidade traz consigo, em níveis distintos, a estabilidade econômica vislumbrada.

² Ver livro *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*, de John Maynard Keynes.

³ Franklin Delano Roosevelt, presidente dos Estados Unidos à época, estabelece uma série de acordos e medidas que, baseadas na intervenção estatal da economia, visavam o enfrentamento à crise e a retomada do pleno desenvolvimento econômico.

Segundo Keynes, cabe ao Estado, a partir de sua visão de conjunto, o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. A política keynesiana, portanto, a partir da ação do Estado, de elevar a demanda global, antes de evitar a crise, vai amortecê-la através de alguns mecanismos, que seriam impensáveis pela burguesia liberal *stricto sensu*. [...] Nas fases de prosperidade, ao contrário, o Estado deve manter uma política tributária alta, formando um superávit, que deve ser utilizado para o pagamento das dívidas públicas e para a formação de um fundo de reserva a ser investido nos períodos de depressão (Sandroni, 1992: 85). (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 85-6).

Desde o advento do capitalismo, novas formas de estabelecer o processo produtivo foram pensadas. O início do século XX revela o estudo de Frederick Winslow Taylor, engenheiro norte-americano responsável por desenvolver um novo modelo de administração calcado na perspectiva de eficiência do trabalho: alcançar níveis elevados de produtividade por meio da padronização das atividades desempenhadas pelos trabalhadores juntamente à racionalização dos recursos nela envolvidos.

Por sua vez, o fordismo, criado por Henry Ford, se apresenta como o primeiro movimento de aplicação do modelo proposto por Taylor, trazendo à tona uma nova fase no sistema produtivo industrial. Caracterizado pela produção em larga escala - com vistas a reduzir os custos unitários e correspondente ao consumo em massa, o fordismo ficou marcado pela sua rigidez e padronização, cumprindo papel de revolucionar a indústria automobilística, investindo veemente em inovações tecnológicas e organizacionais:

O que havia de especial em Ford (e que, em última análise, distingue o fordismo do taylorismo) era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção de massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista. (HARVEY, 2001, p. 121)

Combinado às intensas mudanças no mundo do trabalho, especialmente no processo produtivo, o keynesianismo se apresenta como a face política do fordismo que, por meio das inovações tecnológicas advindas através da implantação das linhas de montagem nas indústrias, reduziram os custos de produção e atingiram elevados níveis de produtividade garantindo, assim, o rendimento do trabalho na esfera produtiva. O resultado é o crescimento do consumo que, atrelado à redução das jornadas de trabalho como estratégia a conter as superproduções, funciona como movimento primordial para a recuperação da economia. Conforme destacado por Behring e Boschetti (2008, p.86), "o fordismo, então, foi bem mais

que uma mudança técnica, com a introdução da linha de montagem e da eletricidade: foi também uma forma de regulação das relações sociais, em condições políticas determinadas".

Impulsionado pelo contexto do pós-guerra em 1945, o fordismo tem seu ápice entre meados das décadas de 1940 e 1960, sendo este tempo conhecido como "os anos dourados", período em que o aumento vertiginoso da produção alcança lucratividade significativa desde a implantação desta nova configuração na divisão sócio-técnica do trabalho:

De modo mais geral, o período de 1965 a 1973 tornou cada vez mais evidente a incapacidade do fordismo e do keynesianismo de conter as contradições inerentes ao capitalismo. Na superfície, essas dificuldades podem ser melhor apreendidas por uma palavra: rigidez. Havia problemas com a rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impediam muita flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho [...]. A rigidez dos compromissos do Estado foi se intensificando a medida que programas de assistência (seguridade social, direitos de pensão etc.) aumentavam sob pressão para manter a legitimidade num momento em que a rigidez na produção restringia expansões da base fiscal para gastos públicos. [...] O único instrumento de resposta flexível estava na política monetária, na capacidade de imprimir moeda em qualquer montante que parecesse necessário para manter a economia estável. E, assim, começou a onda inflacionária que acabaria por afundar a expansão do pós-guerra. (HARVEY, 2001, p. 135-6)

Neste mesmo período, sob influência do pensamento keynesiano, surge, então, a experiência do *Welfare State*⁴, especialmente estabelecido na Europa, momento no qual "as políticas sociais vivenciaram forte expansão após a Segunda Guerra Mundial, tendo como fator decisivo a intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas" (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.98).

O Estado de bem-estar social, terminologia mais utilizada na literatura brasileira, tinha, portanto, por finalidade, promover condições mínimas no campo social para que a lógica mercantil pudesse ser mantida à medida que os trabalhadores se encontrassem, amparados por serviços e políticas, em plenas condições de exercer suas funções no ciclo produtivo e na circulação das mercadorias. Cabe destacar que, estando voltado para a regulação entre capital e trabalho, o Estado brasileiro não vivenciou um Estado de bem-estar social tal qual os moldes dos países europeus, tendo em vista "seu caráter corporativo e

⁴ No livro *Política Social: fundamentos e história* Behring e Boschetti (2008) salientam a preocupação em relação ao uso genérico do termo *Welfare State* para caracterizar países que executaram políticas sociais orientadas pelo viés keynesiano-fordista. "A sua simples instituição e expansão, contudo, não pode ser interpretada automaticamente como instauração do *Welfare State*" (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 98)

fragmentado, distante da perspectiva da universalização de inspiração beveridgiana" (BEHRING;BOSCHETTI, 2008, p. 106).

A questão reside no fato de o capital ser compelido a incorporar algumas exigências dos trabalhadores, mesmo que elas sejam conflitantes com os seus interesses imediatos; mas, ao fazê-lo, procura integrar tais exigências à *sua ordem*, transformando o atendimento delas em respostas políticas que, contraditoriamente, também atendem às suas necessidades. (MOTA, 2011, p. 123, grifo do autor).

Diante dos alcances percebidos pela classe trabalhadora neste período histórico, Marx e Engels (2008, p. 23) já haviam atentado para tal movimento ao dizer que "de tempos em tempos os trabalhadores saem vitoriosos. Mas é um triunfo efêmero. O verdadeiro resultado de suas lutas não é o sucesso imediato, mas a união crescente".

Inerente ao seu próprio estabelecimento e manutenção, o cenário, no contexto de 1973, dá lugar a uma nova crise nos países capitalistas avançados, marcada pela quebra dos mercados imobiliários, aumento vertiginoso do petróleo e o embargo de exportação dessa matriz energética para o ocidente, afetando diretamente as principais economias do mundo e tendo como consequência principal o aumento exponencial da produção. Mais uma vez, conforme sua própria essência, o contexto de crise é deflagrado por um processo de superprodução. Atrelado aos altos índices de inflação, o resultado é de estagnação e recessão. Segundo Harvey (2001, p. 137), "a forte deflação de 1973-1975 indicou que as finanças do Estado estavam muito além dos recursos, criando uma profunda crise fiscal e de legitimação".

Em decorrência da quebra do mercado, neste período, conforme destaca Antunes (2010, p. 24), "vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho". Como mecanismo de superação da crise, novas estratégias de organização do trabalho e da produção passam a ser pensadas e adotadas buscando a fuga à rigidez do fordismo, vislumbrando novos horizontes geográficos como alternativas de nichos de produção e percepção acentuada das transformações dos padrões de consumo.

A burguesia não pode existir sem revolucionar permanentemente os instrumentos de produção - por conseguinte, as relações de produção e, com isso, todas as relações sociais. A conservação inalterada do antigo modo de produção era, pelo contrário, a condição primeira de existência de todas as anteriores classes industriais. A contínua subversão da produção, o ininterrupto abalo de todas as condições sociais, a permanente incerteza e a constante agitação distinguem a época da burguesia de todas as épocas precedentes. (MARX; ENGELS, 1998, p. 8)

Na década de 70, ao entrar em derrocada num contexto estrutural de crise do capital, o modelo fordista de acumulação foi sendo substituído gradativamente por estratégias de

reorganização e reestruturação do ciclo produtivo com vistas a alcançar o reestabelecimento econômico que inevitavelmente teve implicações diretas na vida dos trabalhadores que viram seus direitos e conquistas históricas solapados na esfera produtiva.

O marco dos anos setenta não é um acidente cronológico; ao contrário: a visibilidade de novos processos se torna progressiva à medida que o capital monopolista se vê compelido a encontrar alternativas para a crise em que é engolfado naquela quadra. Com efeito, em 1974-1975 explode a "primeira recessão generalizada da economia capitalista internacional desde a Segunda Guerra Mundial" (Mandel, 1990, p.9). Essa recessão monumental e o que se lhe seguiu pôs de manifesto um giro profundo na dinâmica comandada pelo capital: chegava ao fim o padrão de crescimento que, desde o segundo pós-guerra e por quase trinta anos [...] sustentara, com as suas "ondas longas expansivas", o "pacto de classes" expresso no Welfare State (Przeworski, 1991). Emergia um novo padrão de crescimento que, operando por meio de "ondas longas recessivas" (Mandel, 1976), não só erodia as bases de toda a articulação sociopolítica até então vigente como, ainda, tornava exponenciais as contradições iminentes à lógica do capital, especialmente aquelas postas pela tendência à queda da taxa média de lucro e pela superacumulação (Mandel, 1969, 1, V e 3, XIV). É para responder a este novo quadro que o capital monopolista se empenha, estrategicamente, numa complicada série de reajustes e conversões que, deflagrando novas tensões e colisões, constrói a contextualidade em que surgem (e/ou se desenvolvem) autênticas transformações societárias. (NETTO, 1996, p. 90)

Eminente do Japão, um novo modelo de produção se revela: o toyotismo. Baseado na produção enxuta, porém variada, com elevado grau de preocupação com a qualidade do produto e superação de todo e qualquer desperdício (tempo e dinheiro), o toyotismo assumiu a frente da recuperação econômica mundial ao se apresentar como uma alternativa eficiente e eficaz de produção onde seus trabalhadores são qualificados para realizar diversas atividades distintas entre si. Tem como elemento determinante o *just in time* que numa espécie de pilar, calca-se na perspectiva de produção por demanda, num objetivo final de cumprir metas, evitar estoques e desperdícios.

Segundo David Harvey (2001), a busca pela diversificação da produção no novo modelo que se instaura com a acumulação flexível se entrelaça com o processo de fusões de grandes corporações com vistas a abarcar o maior número de possibilidades e garantir a lucratividade. Ou seja, aprofunda a tendência à formação dos grandes oligopólios, típica do capitalismo monopolista contemporâneo.

A "flexibilização" pretendida pelo grande capital vem sendo favorecida pelo direcionamento a que ele submete a verdadeira revolução tecnológica que, desde os anos cinquenta, afeta as forças produtivas. Sem entrar na polêmica acerca dessa revolução [...], é fato que, no processo produtivo, opera-se a substituição da eletromecânica pela *eletrônica* e uma crescente *informatização* do processo de automação - o que, com a saliência adquirida pelas atividades de pesquisa e projeto e com o desenvolvimento de novos materiais e condutores de baixa perda, altera profundamente o processo produtivo. Consequentemente, o processo de trabalho e

os seus mecanismos de controle e organização experimentam modificações que não podem ser minimizadas. (NETTO, 1996, p. 92)

Com o surgimento gradativo de um novo padrão de produção, baseado na revolução tecnológica, surgem novas questões, tais como: o crescimento vertiginoso das taxas de desemprego; exigência de qualificação mais polivalente possível; transformações a níveis globais na economia (globalização); e eclosão da financeirização, caracterizada pelas transferências do capital produtivo para os mercados financeiros.

Não é preciso muito fôlego analítico - para quem conhece a projeção marxiana acerca da relação ciência/produção, cada vez mais confirmada pela dinâmica capitalista - para concluir que a revolução tecnológica tem implicado uma extraordinária economia de *trabalho vivo*, elevando brutalmente a *composição orgânica do capital*. Resultado direto (exatamente conforme a projeção de Marx): *crece exponencialmente a força de trabalho excedentária em face dos interesses do capital*. O capitalismo tardio, transitando para um regime de acumulação "flexível", reestrutura *radicalmente* o mercado de trabalho, seja alterando a relação entre excluídos/incluídos, seja introduzindo novas modalidades de contratação [...], seja criando novas estratificações e novas discriminações entre os que trabalham (cortes de sexo, idade, cor, etnia). A exigência crescente, em amplos níveis, de trabalho vivo superqualificado e/ou polivalente [...], bem como as capacidades de decisão requeridas pelas tecnologias emergentes (que colidem com o privilégio do comando do capital), coroa aquela radical reestruturação - reestruturação que, das "três décadas gloriosas" do capitalismo monopolista, conserva os padrões de exploração, mas que agora se revelam ainda mais acentuados, incidindo muito fortemente seja sobre o elemento feminino⁵ que se tornou um componente essencial da força de trabalho, seja sobre os estratos mais jovens que a constituem, sem esquecer os emigrantes que, nos países desenvolvidos, fazem o "trabalho sujo". (NETTO, 1996, p. 92-93)

Com reflexos em questões culturais, sociais, econômicas e políticas da vida dos trabalhadores, as mudanças no mundo do trabalho se apresentam como um retrocesso na organização e manifestação dos sindicatos que, antes atrelados aos movimentos sociais classistas, cujas reivindicações preocupavam-se essencialmente com a emancipação humana e do trabalho, agora veem suas ações voltadas à busca de negociações que refletem a aceitação da ordem do capital, "operando uma aceitação também acrítica da social-democratização, ou o que é ainda mais perverso, debatendo no universo da agenda e do ideário neoliberal" (ANTUNES, 2010, p. 40-1).

Dessa forma, diante de um processo de reestruturação produtiva e de desemprego crônico, os poderes sindicais e as bases políticas organizativas dos trabalhadores perdem força e, conseqüentemente, visibilidade e voz em se contrapor ao sistema, revelando um cenário

⁵ Eric Hobsbawm, em seu livro *Era dos Extremos: o breve século XX 1914-1991*, apresenta reflexões acerca do avanço na luta pelos direitos das mulheres no cenário capitalista.

desfavorável entre a luta de classes. Segundo Behring e Boschetti (2008), se nas décadas anteriores havia tido considerável avanço nas reformas democráticas no que se refere à ampliação dos direitos sociais viabilizado pelas políticas sociais, o período que se instaura é contrarreformista⁶, indo de encontro às conquistas alcançadas nas décadas anteriores.

No que diz respeito às transformações no mundo do trabalho, orientadas pela hegemonia neoliberal, tem-se como consequência fulcral a expansão do desemprego estrutural orientado pela oferta de empregos intermitentes calcados na flexibilização dos contratos que assumem influência direta no enfraquecimento dos vínculos trabalhistas, de caráter instável e temporário, mantido pela rotatividade de trabalhadores atrelado à composição massiva do exército industrial de reserva.

Na realidade, a dramática ascensão do desemprego nos países capitalistas avançados não é um fenômeno recente. Surgiu no horizonte - depois de duas décadas e meia de expansão relativamente ininterrupta do capital no pós-guerra - com a investida da crise estrutural do sistema capitalista como um todo. (MESZÁROS, 2006, p. 29)

Cabe salientar, portanto, que o modelo de reestruturação produtiva, que teve seus desdobramentos verificados nas profundas metamorfoses vividas no mundo trabalho, apresenta-se como a intensificação da exploração dos trabalhadores que, marcados pela dúbia relação entre diminuição de contingente de trabalhadores atuantes na esfera fabril e aumento do subproletariado, mantêm seus vínculos trabalhistas estabelecidos por relações de crescente precarização e opressão.

1.3. Neoliberalismo e Contrarreforma do Estado

Atravessando este percurso histórico, cabe destacar que a análise de conjuntura que emerge das transformações econômicas, políticas e sociais de transição entre um modelo e outro não pode estar descolada do papel fundamental que o Estado exerceu e exerce na manutenção ou superação das formas de organização da produção e reprodução das relações sociais. Neste sentido, se enquanto no liberalismo clássico o discurso era orientado pelo livre desenvolvimento do indivíduo, respeito à livre concorrência e direito à propriedade privada de modo que o Estado, por meio de sua "mão invisível", exercesse apenas a função de regulador das relações de produção, o neoliberalismo, por sua vez, situado num contexto histórico

⁶ Temática a ser aprofundada no próximo tópico.

distinto, é a expressão acentuada deste modelo anteriormente concebido, acrescido das seguintes características: privatização, Estado mínimo⁷ e abertura do mercado.

O resultado desta filosofia, em termos políticos concretos, é um desejo de reduzir o papel do Estado na área do bem-estar social, cortando os gastos e os impostos e transferindo os serviços para o setor privado. Onde o mercado não pode atuar porque não há demanda efetiva, as organizações filantrópicas particulares, sob o livre controle dos indivíduos, substituem a ação do Estado. Os serviços previdenciários estatais, que forem mantidos, devem se direcionar estritamente aos pobres, já que só podem ser justificados como parte de um programa destinado a aliviar as necessidades extremas através de uma ação humanitária coletiva, e não como uma política dirigida à justiça social ou à igualdade - que possa ser interpretada como um direito dos necessitados. (TAYLOR-GOODY, 1991 apud MOTA, 2011, p. 119)

Com a perspectiva de redução do papel do Estado e mundialização do capital, o neoliberalismo constitui-se de uma estratégia de dominação de classe da burguesia que propõe a “reforma” do Estado como caminho à restabelecer a dinâmica da liberdade do mercado. Liberdade essa, ressalta-se, protegida pelo Estado, o qual se responsabiliza pelos óbices da dinâmica mercantil e financeira, visto nos subsídios estatais aos conglomerados industriais e a adoção de dívidas privadas dos bancos. Dessa forma, o papel do Estado é o de atuar forte nas determinações do mercado em detrimento do campo social, de modo a enfraquecer o movimento operário e exortar os mecanismos de concorrência do mercado.

Pensar a implantação do neoliberalismo no Brasil requer, primeiramente, fazer uma breve análise do contexto nacional à época. O Golpe de 64 – evento que instaura a ditadura militar a partir da derrubada de João Goulart – é um importante marco histórico para a burguesia brasileira que estrategicamente fez uso desse artifício de tomada do poder como alternativa à manutenção da ordem do capital e resposta direta às manifestações de oposição de cunho popular que se estabeleciam nesta década.

Nunca escapou aos analistas da ditadura brasileira que sua emergência inseriu-se num contexto que transcendia largamente as fronteiras do país, inscrevendo-se num mosaico internacional em que uma sucessão de golpes de Estado [...] era somente o sintoma de um processo de fundo: movendo-se na moldura de uma substancial alteração na divisão internacional capitalista do trabalho, os centros imperialistas, sob o hegemonismo norte-americano, patrocinaram, especialmente no curso dos anos sessenta, uma *contra-revolução* [sic] *preventiva* em escala planetária (com rebatimentos principais no chamado Terceiro Mundo, onde se desenvolviam, diversamente, amplos movimentos de libertação nacional e social). (NETTO, 2009, p. 16)

⁷ Categoria chave presente na obra *O caminho da servidão* (1944), de Friedrich August von Hayek .

A construção de um novo Estado, mínimo para o trabalho e máximo para o capital, mostrou ser a continuidade de ações estatais voltadas para a promoção da economia, contrapondo-se ao atendimento, ainda que parcial, das demandas expressas pelas camadas populares. Nota-se aqui, como elucidado por Netto (2002) a articulação notória entre as classes dominantes de modo a conter, por meio da repressão política, a emersão de projetos democráticos alternativos.

Dando seguimento ao estímulo do mercado calcado num projeto desenvolvimentista, a economia apresenta forte crescimento advindo dos processos de privatização, abertura do mercado ao capital estrangeiro e redução de salários que, ao obter elevada captação de recursos e financiamentos externos por meio das estratégias supracitadas, investiu fortemente em infraestrutura - elemento que propiciou a expansão da economia.

O Estado que se estrutura depois do golpe de abril expressa o rearranjo político das forças socioeconômicas a que interessam a manutenção e a continuidade daquele padrão, *aprofundadas a heteronomia e a exclusão*. Tal Estado concretiza o pacto contra-revolucionário [sic] exatamente para assegurar o *esquema de acumulação* que garante a prossecução de tal padrão, mas, isto é crucial, readequando-o às novas condições internas e externas que emolduravam, de uma parte, o próprio patamar a que ele chegara e, de outra, o contexto internacional do sistema capitalista, que se modificava acentuadamente no curso da transição dos anos cinquenta aos sessenta. (NETTO, 2009, p. 27, grifos do autor)

Tais investimentos, proporcionados em grande parte por empréstimos estrangeiros, permitiram ao Brasil atingir os maiores índices de crescimento econômicos até então vistos em sua história. No entanto, após uma onda expansiva, o conhecido "milagre econômico" deu lugar à grave crise inflacionária que, atrelada à crise do capital verificada em níveis internacionais, gerou o aumento da dívida externa e paralisou o ciclo de "desenvolvimento".

Instaurado um novo cenário de caos, tempo em que, devido à alta concentração de renda agravou e acentuou as desigualdades sociais e geração da pobreza no país, a satisfação com a esfera econômica subverteu-se em desconfiança e perda de legitimidade ao regime administrado pelas Forças Armadas sob a égide dos interesses da grande burguesia. Seus reflexos no âmbito político colocaram em evidência a incapacidade deste modelo de ação estatal gerir as demandas imbricadas no seio do capitalismo.

Fortemente pressionada, a ditadura, visivelmente a partir de 1979, é compelida a seu projeto de autorreforma, com medidas liberalizantes planejadas e controladas pelo Estado. Todavia, as mobilizações da sociedade civil intensificam-se e, aliadas à conjuntura da crise econômica de 1981-1983 (cf. Singer, 1988), começam a influenciar, diretamente, no processo de *abertura política*. (NEVES, 2013, p. 25, grifo da autora)

Os questionamentos tendiam à transição política de um governo ditatorial para um novo regime, de caráter democrático, que só veio a ser alcançado em 1985, após o encerramento da ditadura militar que teve como seu último presidente o general Figueiredo. Contudo, tratou-se aqui de uma transição conservadora, de caráter lento, gradual e consentido por parte das classes dominantes, as quais administraram “pelo alto” a constituição da restauração democrática. Pois, desde o final da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, já era possível perceber a reorganização do movimento estudantil e dos movimentos sociais, com especial destaque ao movimento sindical reavivado com as grandes greves dos metalúrgicos no ABC paulista. Tratando-se de uma burguesia de perfil autocrático e tom patrimonialista, a ameaça posta por um projeto societário contra-hegemônico necessitava de uma resposta defensiva e de mudanças controláveis⁸.

Num contexto marcado pela intensa articulação política da classe trabalhadora que se opunha e questionava as duas décadas de regime autoritário, marcadas por tolherem direitos, a promulgação da Constituição Federal de 1988 evidenciou os avanços advindos das lutas sociais por garantia de direitos fundamentais. Ainda que não se tratasse de um ato plenamente democrático, que atendesse integralmente a demanda do povo, este foi um momento importante que revelava, ainda que branda, uma maior inclinação do Estado à esfera social:

Isso significa que é no interior de um processo de disputas políticas que o capital incorpora as exigências do trabalho. É no leito das lutas ofensivas dos trabalhadores e da ação reativa do capital, que os sistemas de seguridade são incorporados na ordem capitalista, como mecanismos potencialmente funcionais ao processo de acumulação e afetos ao processo de construção de hegemonia. (MOTA, 2011, p. 131)

Com vistas à sucessão do então presidente Sarney, nas eleições de 89 instaura-se um novo processo de disputa que apesar de contar com a presença de 22 chapas para a eleição presidencial, teve como protagonismo o certame entre Luiz Inácio Lula da Silva e Fernando Affonso Collor de Mello. Enquanto para o primeiro a candidatura significava uma síntese das aspirações populares e trabalhistas construídas durante o processo de redemocratização do país e possuía como pauta fundamental as reformas em atraso como nos campos de saúde,

⁸ Com o surgimento do movimento das Diretas Já, que tinham como objetivo garantir eleições diretas para a Presidência da República, houve a tentativa de aprovação da emenda Dante de Oliveira que garantia o direito ao voto. No entanto, após a derrota em sua votação, houve a eleição indireta de Tancredo Neves, escolhido pelo Colégio Eleitoral. Tendo falecido antes mesmo de sua posse, o seu vice, José Sarney é quem assume o cargo para presidente do país.

educação, dentre outros; para o segundo eleger-se representava um projeto de reconstrução da autoimagem da burguesia brasileira, enquanto a jovial renovação deste projeto burguês.

Como resultado, Collor foi o primeiro presidente eleito por voto direto após o regime militar. Com ações voltadas para a recuperação da economia, comprometida pelo alto índice de inflação, Collor não atingiu o objetivo de reerguer o cenário crítico político e econômico pelo qual o Brasil passava desde os anos 70. Nas eleições seguintes foi o sociólogo Fernando Henrique Cardoso quem assumiu a frente do país e adotou diversas medidas econômicas cuja finalidade também objetivava estabilizar a economia nacional.

Diante de um governo ligado aos preceitos neoliberais, cuja perspectiva colocava o mercado acima do Estado e a esfera privada sobreposta à esfera pública, o governo FHC voltou-se à estabilidade monetária em detrimento da melhora dos indicadores sociais. Seu envolvimento com a ideologia neoliberal, cujos reflexos marcam os anos 90 como período da pauperização das condições de trabalho com desdobramentos em todas as esferas da vida humana, revela a preocupação com a refuncionalização do Estado. Podemos afirmar que o caráter governamental contrarreformista se consolidou em 1995 com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O projeto social-liberal proposto por Bresser-Pereira define que,

ao Estado cabe um papel coordenador suplementar. Se a crise se localiza na insolvência fiscal do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, há que reformar o Estado, tendo em vista recuperar a governabilidade (legitimidade) e *governance* (capacidade financeira e administrativa de governar). (BEHRING, 2003, p. 173)

Tendo como características a privatização, disciplina fiscal e abertura do mercado, este projeto se apresenta como alternativa ao enfrentamento da crise fiscal pela qual o Brasil passara em 1980. Como superação à crise, aponta Bresser (1995), o Estado precisou intervir, assumindo, portanto, as responsabilidades de cunho social que efetivavam-se por meio das políticas sociais anteriormente criadas e oriundas da iniciativa privada.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado estabelece, em suma, as diretrizes para o início de uma ampla reforma do aparelho estatal. Esse plano teve como cerne a afirmação de que o Estado e o mercado são as duas instituições centrais na manutenção da economia forjada no sistema capitalista, e que a crise que se inicia nos anos 70, mas que, no Brasil, só teria sido sentida nos anos 80, é uma crise do Estado.

Bresser nota também o caráter cíclico e mutável da intervenção do Estado, ou seja, após o Estado mínimo, o Estado social-burocrático e o *revival* neoliberal, caminhar-se-ia para uma experiência social-liberal, pragmática e social-democrática. Este modelo, segundo Bresser, não pretende atingir o Estado mínimo, mas reconstruir um Estado que mantém suas responsabilidades na área social, acreditando no mercado, do qual contrata a realização de serviços, inclusive na própria área social. (BEHRING, 2003, p. 172)

Tendo observado que a crise atingiu e lesou os serviços públicos, Bresser Pereira (1995) propõe em sua análise a reforma da administração pública brasileira que superaria seu caráter patrimonialista e burocrático voltando-se para uma atuação baseada no modelo gerencial. Traçar este novo caminho seria, para o autor, o meio de garantir uma organização administrativa cujas premissas manteriam o bom funcionamento da máquina pública a partir da ação reguladora do Estado e do trabalho estabelecido por meio de metas, controle, eficiência, eficácia e cuja orientação baseava-se na meritocracia. Como consequência, ter-se-ia a descentralização e a flexibilização como estratégias que, atreladas às demais propostas, levariam à recuperação da governabilidade e governança necessárias à eficiência do Estado.

Neste período, a crise foi identificada devido ao descontrole fiscal, do grande aumento de desemprego juntamente aos altos índices de inflação, fatores estes identificados como frutos da incapacidade do Estado gerir as demandas a ele dirigidas. Com a transferência da responsabilidade do Estado à sociedade civil conferida neste documento, o grande incentivo às privatizações assume centralidade, tendo-se, portanto, o fortalecimento do terceiro setor em detrimento da garantia de direitos sociais pelas redes de proteção social.

Assumir tal refuncionalização do Estado verificada no Plano Diretor seria, conforme aponta Behring (2003), expandir a criação de organizações públicas não-estatais – as organizações sociais – que, desempenhando serviços ditos "não exclusivos do Estado", se mantêm por meio de contratos de gestão com o Poder Executivo servindo como subsídio às suas ações. Tal desresponsabilização do Estado frente à proteção social demonstra, claramente, o cenário de potencialização da privatização no contexto brasileiro.

Embora suas ações procurassem revolucionar e recuperar a economia por meio de um empreendimento nomeado de "reforma", cabe salientar que tal movimento delineou, na verdade, uma contrarreforma que rompe com avanços ora vivenciados, mantendo o caráter conservador das classes dirigentes.

[...] há uma *aparente* lógica esquizofrênica que atravessa a relação entre o discurso da "reforma" e a implementação da política econômica, o que é pouco surpreendente, já que este é um componente central da disputa político-ideológica em curso. Ver-se-á que a prática da reforma é perfeitamente compatível com a

política econômica, o que reforça a ideia de que seu discurso é pura ideologia e mistificação, no sentido de falsa consciência, num explícito cinismo internacional de classe. (BEHRING, 2003, p. 202)

Merece destaque reflexão proposta por Behring (2003) ao elucidar questões em seus estudos que apontam o caráter meramente ideológico presente na expressão "reforma" que, segundo definição de ser um Plano Diretor comprometido com ajustes fiscais e proteção social, mascarou seu real sentido de ser uma expressão da ideologia neoliberal atrelada meramente à recuperação econômica, garantindo, por meio do discurso disfarçadamente progressista, a maior aceitação e aderência pública à ideia do projeto.

A "reforma" do Estado, tal como está sendo conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de *inserção passiva* (Fiori, 2000: 37) e a *qualquer custo* na dinâmica internacional e representa uma *escolha político-econômica*, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos. Uma escolha, bem ao estilo de condução das classes dominantes brasileiras ao longo da história, mas com diferenças significativas: esta opção implicou, por exemplo, uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do Brasil [...] o que, a meu ver, não permite caracterizar o processo em curso como modernização conservadora, mas como uma contra-reforma [sic], que mantém a condução conservadora e moderniza apenas pela ponta. (BEHRING, 2003, p. 198, grifos da autora)

A percepção desse fenômeno apontado por Behring (2003) torna-se amplamente evidente ao realizar a leitura na íntegra do Plano Diretor, onde Bresser Pereira tampouco esconde, mas enfatiza que,

para realizar essa função redistribuidora ou realocadora o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. Para realizar esses dois últimos objetivos, que se tornaram centrais neste século, o Estado tendeu a assumir funções diretas de execução. As distorções e ineficiências que daí resultaram deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa *transferir para o setor privado* as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí a *generalização dos processos de privatização* de empresas estatais. Neste plano, entretanto, salientaremos um outro processo tão importante quanto, e que entretanto não está tão claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos *serviços de educação, saúde*, cultura e pesquisa científica. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995, p. 12-3, grifo nosso)

Sendo assim, notando a desresponsabilização do Estado com as demandas de cunho social preconizada neste projeto, cabe destacar que muito mais que uma reorganização do funcionalismo público, este documento teve por finalidade e consequências apresentar-se como uma afronta à Constituição de 88, cujas determinações voltavam olhares aos três pilares da Seguridade Social – saúde, assistência e previdência social – que configuravam-se como a

esfera de proteção social possível ao cidadão; ao que neste momento torna possível avaliar seu solapamento.

Especialmente, e não à toa, as esferas mais rentáveis da vida humana foram deixadas e entregues à mercê do mercado com o reforço à ideia dos direitos sociais enquanto mercadorias, fornecidos ao cidadão-consumidor. De natureza destrutiva,

a "reforma", tal como foi (e ainda está sendo) conduzida, terminou por ter um impacto pífio em termos de aumentar essa capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o *boom* da dívida pública. Há uma forte tendência de desresponsabilização pela política social - em nome da qual se faria a "reforma"- acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. (BEHRING, 2003, p. 211)

Com as portas abertas ao capital estrangeiro, o governo FHC foi a mola propulsora para o amplo desenvolvimento da privatização que encontra, na entrega do patrimônio público, solo fértil para sua larga expansão, o que marca forte retrocesso histórico vivenciado no Brasil. A perspectiva que na realidade orientou o estabelecimento do capitalismo em níveis globais e permaneceu velada pelo discurso social-democrático agora se escancara e revela sua verdadeira razão de ser, pois "a burguesia brasileira nunca teve compromisso, ou mesmo interesse, num pacto social que permitisse a participação das camadas subalternas na dinâmica do país" (NEVES, 2013, p. 24).

Visto isso, consideramos o processo ora sinalizado de contrarreforma do Estado como importante objeto de análise o qual apresenta sua inteira ligação com as consequências sentidas no âmbito dos direitos sociais, cujas expressões, verificadas nas mais diversas esferas, têm no campo saúde relações intransponíveis entre a vida do trabalhador e a possibilidade de superação do modelo societário vigente.

CAPÍTULO 2

SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: OS REFLEXOS DE UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS

2.1 Movimento Sanitário: sujeitos políticos e lutas sociais

Iminente da luta contra a ditadura e suas consequências reais na vida da população, o movimento sanitário, que em meados da década de 70 assume notoriedade e protagonismo na busca por reformas democráticas no Brasil e cuja preocupação volta-se para um conceito de saúde ampliado, tem sua grande virada a partir da incorporação do viés marxista⁹ em suas reflexões, o que possibilitou a compreensão da situação de saúde-doença de forma socialmente determinada.

Neste período, a política de saúde enfrenta forte tensão entre a divergência de interesses que englobam a esfera estatal e o universo empresarial. Este último, ao contrapor-se à emergência do movimento sanitário, corroborou para limitar proposições de novos caminhos para o país. O combustível do movimento sanitário deu-se, inicialmente, pela busca de respostas ao cenário de profunda crise da política de saúde que se instaurara:

Pois, as reformas implantadas no governo anterior, destacando-se o Sistema Nacional de Saúde e o SINPAS, não conseguiram dar respostas às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde. [...] Essa situação revela que o regime não conseguiu realizar as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde, caracterizando-se assim sua inoperância diante dos problemas econômicos, sociais e políticos que se explicitaram na década de 70. (BRAVO, 2007, p. 66)

O escopo de sua estruturação deu-se a princípio pela articulação de intelectuais e críticos, mas ao longo dos anos teve seu incremento a partir do envolvimento massivo das camadas populares que, identificadas com as reivindicações postas, somaram esforços à luta.

A luta pela saúde se ampliou e diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de "classe média", visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados

⁹ Sua perspectiva orienta-se pelo entendimento da realidade levando em consideração a sua dimensão de totalidade, o que engloba as condições de vida dos trabalhadores, sua função no capitalismo e o que, no cenário contemporâneo, exige reflexões, especialmente, sobre a luta de classes e o estabelecimento de uma sociedade que produz e reproduz contextos tão paradoxais.

pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão. (BRAVO, 2007, p. 67)

Com o avanço dos movimentos populares, como sinaliza Bravo (2007, p. 67), "questionando as políticas estatais com críticas e denúncias em relação à organização dos serviços, à influência da concentração econômica sobre as condições de vida, às distorções da Política Nacional de Saúde", incentivou-se a mobilização de diversas categorias que, aliadas às suas entidades representativas, pulverizaram o envolvimento de uma gama de profissionais em torno de interesses coletivos.

Opondo-se à uma realidade social orientada pela exclusão da maior parte da população aos serviços de saúde, o movimento sanitário surge em questionamento ao contexto vigente que, neste tempo, restringia o direito à saúde à lógica mercantil e voltava-se ao atendimento restrito dos trabalhadores contribuintes, oferecido pelo Instituto Nacional de Previdência Social.

No contexto dessas manifestações ocorreu, em 1981, uma outra onda de greves e promoveu-se o Dia Nacional de Protesto (6 de maio de 1981), envolvendo 60 mil médicos em todo o país. A ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favoreceu o desdobramento da prática política, havendo articulação com outros sindicatos de trabalhadores, outras entidades, movimentos populares e avançando-se no âmbito parlamentar. (BRAVO, 2007, p. 67)

Assumindo maturidade na década de 80, período marcado pelo efervescência política, o movimento sanitário encontra solo fértil para sua sólida construção nos debates estruturados em espaços de essência coletiva, tais como universidades, movimentos populares e sindicais, espaços estes determinantes para a apreensão e propagação de ideais que buscassem avanços nas esferas da vida de caráter comum.

Situada num contexto de crise do sistema previdenciário brasileiro, cujos rebatimentos não por acaso interferiram diretamente e mais profundamente nas condições de vida dos trabalhadores, a reforma sanitária é entendida como movimento articulado e dinâmico e que se apresenta ainda hoje como um processo inacabado, em permanente construção.

Com intensa participação da sociedade civil, o debate em torno da questão *saúde* deixava de ser um tema de interesse exclusivo dos que atuavam diretamente na área, passando a assumir uma dimensão política, de relação direta com a análise de conjuntura vigente no Brasil nos anos 80.

Dos novos atores que compõem esse cenário, evidenciam-se:

os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contraproposta; os partidos políticos de oposição que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2007, p. 73)

Diante de uma trajetória de lutas, cabe destacar que a consolidação das demandas postas pela reforma sanitária emerge também de pequenas conquistas, onde ressaltam-se as eleições estaduais e municipais de 1982 e 1984, respectivamente. Onde, a significativa vitória da oposição neste momento eleitoral possibilitou que alguns destacados militantes do movimento sanitário assumissem cargos no primeiro escalão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o que, naturalmente, oportunizou a crescente influência de profissionais progressistas no seio da sociedade brasileira.

Bravo (2007, p. 74) sinaliza que este momento histórico de inserção ampliada de profissionais críticos em espaços de representatividade favoreceu "a estratégia política coordenada pelo CEBES, de colocar em prática a política de reformas no setor saúde". Foi, então, a oportunidade de, por meio da ocupação de espaços públicos, difundir a perspectiva dos movimentos sociais que destacavam como necessidade precípua a reformulação das prioridades ora em pauta pelo Estado brasileiro.

É preciso compreender que o movimento da reforma sanitária se caracteriza como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES et al., 2011, p. 334)

Calcados na problematização do panorama brasileiro e orientados pelo ímpeto de transformação, o movimento tem em suas principais propostas, como aponta Bravo (2006): a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento

efetivo e a democratização do poder local através de mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde.

O movimento sanitário brasileiro, que ao longo dos anos havia ganhado força e visibilidade, assume papel de destaque nas manifestações da década de 1980 e tem seu marco na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília/Distrito Federal, onde grande parte das propostas de reestruturação da política de saúde – na perspectiva da universalidade e integralidade – foram definidas. Conforme assinala Bravo e Matos (2009), a 8ª Conferência, que é a referência histórica mais relevante na trajetória da política pública de saúde no Brasil, contou com cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre elas sindicalizados, acadêmicos, profissionais da área de saúde e integrantes de movimentos populares, dentre as quais mil delegados designados a fim de discutir os novos rumos da saúde no país.

Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 33)

Como resultado das articulações provenientes nessa Conferência, surge o movimento pela emenda popular que, assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades, foi considerada a primeira emenda constitucional fruto dos movimentos sociais, uma grande conquista derivada das articulações políticas provenientes da época.

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2006, p. 9)

Em 1987, iniciada a realização da Assembleia Nacional Constituinte, cujas ideias foram novamente colocadas em disputa no intuito de pensar e traçar rumos democráticos ao Brasil após 21 anos de regime militar, foi um espaço propício para o evidenciamento da mobilização ora estabelecida pela sociedade civil.

A constituinte conseguiu uma coisa inédita no Brasil: a sociedade, apesar de precariamente organizada, mobilizou-se em certos setores [como o da saúde] e colocou no espaço público da política suas opções a respeito de questões cruciais. Esse é um avanço em termos de cultura política democrática impressionante historicamente, pois as constituições anteriores foram elaboradas a partir de "notáveis". (BRAVO, 2007, p. 78)

Notadamente entendido pelos movimentos sociais como reflexo das desigualdades sociais existentes na sociedade, o direito à saúde tem seus direcionamentos voltados e preocupados em trazer à saúde a compreensão de seu envolvimento com as mais diversas esferas da vida, sendo suas determinações diretamente relacionadas com as práticas de trabalho e as condições de vida do trabalhador.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 3º)

Encerrada em 2 de setembro de 1988, a Constituinte aprova por votação a promulgação da Constituição da República a qual incorpora a proposta central do movimento sanitário brasileiro, tendo como cerne o reconhecimento da saúde como um direito social assegurado pelo artigo 196 que define a saúde como direito de todos e dever do Estado:

Assim, antes de fazer alusão às ações e serviços de saúde, a Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e a distribuição de riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e aos agravos, compondo as políticas sociais. (PAIM, 2009, p. 44)

Segundo Bravo (2006, p. 9), "o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social." Apontada como uma manifestação progressista por parte do Estado, a Constituição Federal de 1988 destaca a Saúde, juntamente à Assistência Social e a Previdência Social como pilares do que passou a ser chamado de Seguridade Social, configurando um sistema de proteção social destinado a assegurar os direitos previstos em cada um dos três setores supramencionados.

Embora as demandas postas pelo movimento sanitário não tenham sido atendidas em sua integralidade, as modificações na constituição deram-se sob forte inspiração das proposições em pauta pelo movimento. Seu particular avanço deu-se no sentido de colocar o direito à saúde como uma preocupação pública, dando origem à constituição do Sistema Único de Saúde, responsável por integrar, gerir e executar os serviços públicos oferecidos por

meio de uma rede hierarquizada, descentralizada, regionalizada cujo desenvolvimento integraria o controle social.

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do "mérito" de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de *seguridade social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2009, p. 43, grifo do autor)

Dito isto, importa sublinhar que tais avanços não se consubstanciaram com facilidade, mas foram alcançados por meio de um esforço coletivo que, envolto de interesses antagônicos, encontrou espaço na esfera pública devido, especialmente, ao protagonismo exercido pela Plenária Nacional de Saúde. Plenária esta que, por meio da mobilização da sociedade e pressão sobre os parlamentares, permitiu que o debate em torno da saúde assumisse centralidade nas pautas em voga.

É neste cenário que, considerando a responsabilidade do Estado em promover o direito à saúde por meio de políticas sociais, conquista hegemonia um conceito ampliado de saúde, calcado nas condições de vida e trabalho da população, o que exigiu a necessidade das ações no campo da saúde serem orientadas pela perspectiva interdisciplinar.

Observar tais fenômenos e as transformações que se davam nas décadas de 70 e 80 implica reconhecer a reforma sanitária não apenas como um movimento popular centrado no universo da saúde, mas como uma articulação política, cuja proposta final vislumbrava superar o cerceamento e enfraquecimento de direitos visando a consolidação da democracia no país.

2.2 A Saúde como espaço de atuação do Serviço Social

O surgimento do Serviço Social no Brasil deu-se entre as décadas de 1930 e 1945 sob influência européia, apesar de nesse primeiro momento o espaço de atuação dos assistentes sociais não ter sido concentrado, em sua maioria, no âmbito da saúde. No entanto, é a partir de 1945 que a expansão do Serviço Social se consolida no país "relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional." (BRAVO; MATOS, 2009, p. 28)

No fim da década de 1940 e especialmente na década seguinte, abre-se um novo e amplo campo para os Assistentes Sociais; as grandes empresas (especialmente as indústrias) passam a constituir um mercado de trabalho crescente. O Serviço Social se interioriza, acompanhando o caminho das grandes instituições, a modernização das administrações municipais, e o surgimento de novos programas voltados para as populações rurais. Ao mesmo tempo, nas instituições assistenciais - médicas, educacionais etc. - o Serviço Social paulatinamente logra maior sistematização técnica e teórica de suas funções, alcançando definir áreas preferenciais de atuação técnica. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 358)

A partir da maior influência americana em substituição à europeia – cujo marco situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA) – o Serviço Social se reconfigura através da aproximação com as Ciências Sociais e toma por principal referencial teórico-metodológico a perspectiva funcionalista. Este significativo vínculo com as Ciências Sociais não rompe seu aspecto subordinado na condição de uma profissão voltada à execução terminal de políticas sociais e não produtora de conhecimento científico. Contudo, enquanto um fenômeno próprio à idade dos monopólios, o referencial positivista redimensiona esta profissão em dois sentidos: somado ao surgimento das instituições prestadoras de serviços, moderniza-as e preconiza uma atuação profissional asséptica, portadora de uma ética “neutra” e acrítica, essencialmente conservadora; atinge a formação profissional a partir da alteração curricular e reconstituição do perfil profissional.

Cabe destacar aqui o surgimento do Serviço Social enquanto necessidade do modelo de produção e reprodução das relações sociais estabelecidas num dado contexto histórico, destacando sua gênese a partir do capitalismo monopolista. Inserida na divisão social e técnica do trabalho, a profissão só pode ser entendida a partir de sua relação junto ao Estado no trato às refrações da questão social. Netto (1996, p. 69) salienta que "é somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social".

A profissionalização do Serviço Social se constituiu, portanto, a partir das respostas dadas pelo Estado à classe trabalhadora por meio das políticas sociais setoriais, seja aos incluídos ou “sobrantes” ao mercado de trabalho. Apesar da funcionalidade estratégica do Estado voltar-se para o controle social, na condição de legislador e repressor da força de trabalho contribuindo com a manutenção da ordem monopolista, este passa a requisitar um profissional diferenciado. É "neste âmbito que está posto o mercado de trabalho para o

assistente social: ele é investido como um dos agentes executores das políticas sociais"¹⁰, enquanto um auxiliar subsidiário tanto para a reprodução da força de trabalho, como para a reprodução ideológica da ordem burguesa e das contradições que lhe são inerentes.

Neste sentido, o assistente social é chamado a intervir junto às manifestações *públicas* da questão social, embora suas ações viessem acompanhadas "de um reforço da aparência da natureza *privada* das suas manifestações individuais." (NETTO, 1996, p. 32, grifo nosso). O sentido da ação profissional desenvolve-se sob a ótica da psicologização da vida social, individualizando os problemas e culpabilizando os sujeitos por seus destinos pessoais. Derivado do pensamento conservador, este modelo de intervenção subvertia a lógica da vida em sociedade, transferindo aos sujeitos a resolução de seus próprios problemas por meio da modificação de suas características pessoais. É com tal perspectiva que se desenvolveram as terapias de ajustamento, cuja solução para as vicissitudes residiam nas modificações individuais, como parte do atendimento público às mazelas sociais:

o potencial legitimador da ordem monopólica contido na psicologização ultrapassa de longe a imputação ao indivíduo da responsabilidade do seu destino social; bem mais que este efeito, por si só relevante, implica um tipo novo de relacionamento "personalizado" entre ele e instituições próprias da ordem monopólica que, se não se mostram aptas para solucionar as refrações da "questão social" que o afetam, são suficientemente lábeis para entrelaçar, nos "serviços" que oferecem e executam, desde a indução comportamental até os conteúdos econômico-sociais mais salientes da ordem monopólica - num exercício que se constitui em verdadeira "pedagogia" psicossocial, voltada para sincronizar as impulsões individuais e os papéis sociais propiciados aos protagonistas. (NETTO, 1996, p. 38)

Naturalizando a sociedade, o pensamento conservador funciona neste cenário como suporte ideal para o estabelecimento da contraditória relação entre "público" e "privado", corroborando para o distanciamento entre os fenômenos derivados das desigualdades sociais de seus reais causadores numa perspectiva que ignora a percepção de totalidade dos fatos.

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o "novo" conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o *assistente social*. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 28, grifo nosso)

Dessa forma, sob expansão da profissão, o assistente social exerceu funções educativas em suas intervenções atuando, especialmente, no modo de vida da população,

¹⁰ Ibid., p. 71.

calcando suas orientações sobre hábitos de higiene e saúde. Iamamoto e Carvalho (2013) destacam que o Serviço Social de Grupo na década de 1950 é incorporado aos programas nacionais do SESI, LBA e SESC, dando início a uma nova abordagem aplicada em hospitais, favelas, etc. que se expande na década de 1960, cuja intervenção relaciona os estudos psicossociais dos usuários com os problemas da sociedade burguesa utilizando desta dinâmica.

Neste mesmo período ocorre a consolidação da Política Nacional de Saúde, cujos rebatimentos ampliaram o orçamento na assistência médica, executada à época pela previdência social. Bravo e Matos (2009, p. 29) situam que "esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo." Neste sentido, "o assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios." Diante desse contexto, suas ações centravam-se em plantões, atividades de triagem, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

À luz do pressuposto por Iamamoto e Carvalho (2013), é na década de 1960 que o Serviço Social encontra-se sob ampla expansão, encarando neste período a ampliação das funções dos assistentes sociais que passam a assumir incumbências de desenvolver coordenações e planejamentos, o que confere à profissão uma evolução em seu *status* técnico.

Com a emergência da modernização conservadora estabelecida na década de 1960, surge, então, a requisição da renovação do Serviço Social. Desta vez, não vislumbrando sua reforma, mas sua adequação às novas demandas e exigências do mercado que, por meio da repressão e controle da classe trabalhadora, visam potencializar o projeto "desenvolvimentista".

O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) que cumpriu seu papel de propagar a perspectiva modernizadora "no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964 (Netto, 1996)." A partir disso, seus desdobramentos puderam ser sentidos no debate acerca da Saúde onde, o Serviço Social:

vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária - maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 31)

Apesar da incipiente organização da categoria profissional que ora se inicia, nos anos seguintes, até aproximadamente 1979, o Serviço Social mantém suas ações orientadas pela ótica modernizadora, o que se reflete também nas produções teóricas da época. Bravo e Matos (2009, p. 32) frisam "como exceção a essa tendência um artigo publicado na revista *Serviço Social & Sociedade*, por Nicoletti (1979), que enfoca a planificação em saúde e a participação comunitária, abordando questões presentes no debate do movimento sanitário (Bravo, 1996)."

2.3 Reforma Sanitária e Serviço Social: uma aproximação necessária

Neste ponto destacamos a necessidade de delinear a conjuntura histórica que possibilitou a mudança nos rumos ídeo-políticos do Serviço Social que, influenciado pelo cenário estabelecido ao final da década de 1970 e início de 1980, marcado por intensas mobilizações frente à crise do Estado brasileiro e seus desdobramentos na sociedade, tem em si suas maiores e mais profundas transformações, seja no pensar a profissão, como na reconstrução de seu perfil profissional.

Conforme sinaliza Abramides (2012), é nos anos 70 que a classe trabalhadora encontra solo propício para o reestabelecimento do sindicalismo de base e de massas, o que permite à classe operária estar à frente das grandes greves e mobilizações nacionais. O movimento sindical – de caráter classista e combativo – impulsionou a nível nacional que trabalhadores(as) de diferentes categorias profissionais se somassem às lutas operárias. Neste contexto, “a categoria dos/as assistentes sociais, na retomada de suas organizações sindicais, a partir de 1977, se alinha, desde o primeiro momento, a esse sindicalismo classista”. (Ibid, p. 52)

É sob forte influência do Movimento de Reconceitualização que permeou o Serviço Social na América Latina a partir de meados da década de 1960, junto ao renascimento combativo dos movimentos sociais contra o regime militar, que o Serviço Social brasileiro se vê impulsionado a problematizar sua direção conservadora:

É neste contexto que o histórico *conservadorismo* do Serviço Social brasileiro, tantas vezes reciclado e metamorfoseado, confrontou-se pela primeira vez com uma conjuntura em que a sua dominância no corpo profissional (que, sofrendo as incidências do "modelo econômico" da ditadura, começa a reconhecer-se como inserido no conjunto das camadas trabalhadoras) podia ser contestada – uma vez que, no corpo profissional, repercutiam as exigências políticas e sociais postas na ordem do dia pela ruptura do regime ditatorial. (NETTO, 2006, p. 10, grifo do autor)

É nesse período que setores da categoria profissional despendem esforços e dão início ao processo de sua articulação, questionando o desenvolvimento do Serviço Social alinhado aos interesses da classe dominante e contestando a leitura endógena da profissão ainda mantida à época. Este processo de mobilização e debate que se estabelece no seio da profissão repercute no que veio a ser conhecido como Movimento de Intenção de Ruptura, cujos objetivos voltavam-se exatamente para a superação do Serviço Social Tradicional arraigado à perspectiva conservadora. Segundo Netto (2009), a intenção de ruptura caracteriza-se por ter como cerne uma crítica sistemática aos suportes teóricos, metodológicos e ideológicos da perspectiva "tradicional" diluída na profissão, tendo por finalidade romper com a herança conservadora vigente.

O contexto que se verifica no Brasil na década de 1970 reflete novas demandas aos assistentes sociais que, mergulhados num cenário de crise econômica e política, são pressionados pela população usuária dos serviços que executam por respostas que ultrapasassem a “neutralidade” punitiva da pobreza. Nesse sentido, a possibilidade de uma reorientação político-profissional passou por uma reflexão de parte dos profissionais por suas condições objetivas de assalariamento, o que os tornava também impactados pelas refrações da crise econômica que assolava a classe trabalhadora, a exemplo do arrocho salarial e do aumento dos custos de vida. Por se identificarem na condição de trabalhadores, enquanto parte de uma classe, segmentos destacados dos assistentes sociais vincularam-se intimamente às organizações sindicais dos trabalhadores, o que possibilitou a partilha de reivindicações político-sindicais essenciais à época:

E é nessa ambiência sócio-histórica e política, da efervescência da luta de classes neste país, que se criam as condições objetivas e subjetivas do Congresso da Virada. É a partir do segundo encontro de entidades, em 1978, que dirigentes sindicais da categoria, por deliberação coletiva do fórum das entidades, viajaram de Norte a Sul do país, para apoiar a organização sindical dos/as assistentes sociais nos estados, em reuniões com a categoria. (ABRAMIDES, 2012, p. 54-5)

Torna-se fundamental salientar e valorizar o marco que foi o Congresso da Virada, realizado em 1979, para as conseqüentes transformações erguidas no interior da profissão que se seguem, especialmente, nas décadas de 1980 e 1990. No entanto, cabe ainda reconhecer que este congresso não se configura apenas enquanto um *episódio* que possibilitou a ruptura com o conservadorismo, mas este se conformou como a *expressão de um acúmulo de forças* críticas na profissão, possível apenas pela interlocução historicamente construída com a classe trabalhadora e o vínculo orgânico com suas lutas.

Se temos uma herança conservadora, temos também uma história de ruptura: um patrimônio conquistado que é nosso, mas cujos valores, cujas referências teóricas e cuja força para a luta não foram inventadas por nós. Trata-se de uma herança que pertence à humanidade e que nós resgatamos dos movimentos revolucionários, das lutas democráticas, do marxismo, do socialismo, e incorporamos ao nosso projeto (BARROCO, 2012, p. 149-50).

É na década de 1980 que, "passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social tradicional" (BRAVO; MATOS, 2009, p. 34), que a categoria mergulha num processo de amadurecimento teórico resgatando suas bases no marxismo, abrindo espaço à disputa pelos novos rumos a serem dados à profissão. Compreender o estabelecimento da profissão hoje requer debruçar olhares sobre os anos 80, período especialmente reconhecido por ter sido o prelúdio da maturidade atualmente configurada enquanto hegemônica que mantém suas bases veemente assentadas na tradição marxista.

Impulsionado por debates internos face à crise do Estado brasileiro e falência da política de saúde, Bravo e Matos (2009) atentam para o fato de que o Serviço Social neste período organizou-se substantivamente pensando e propondo transformações voltadas especialmente ao seio da profissão, o que corroborou para o distanciamento da categoria com os debates de outros movimentos sociais que, articulados, visavam a também construção de práticas democráticas. "Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde"¹¹ (BRAVO; MATOS, 2009, p. 34).

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS E CFAS¹² para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 34)

Buscando sintonizar a categoria profissional dos assistentes sociais às transformações societárias sentidas a esta altura, destaca-se o engajamento político destes profissionais em romper com o conservadorismo ora arraigado e estabelecer novas bases e diretrizes para a

¹¹ Contudo, devemos problematizar aqui o fato de que o não envolvimento com o movimento sanitário não significou um distanciamento geral ao debate acerca da reorientação das políticas sociais, como visto na construção da Lei Orgânica de Assistência Social, onde a participação do Serviço Social em sua construção e redirecionamento político se faz tão presente.

¹² ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, atual ABEPSS; ANAS - Associação Nacional dos Assistentes Sociais; CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais, atual CFESS.

formação profissional, cuja identidade estivesse centrada na interpretação da sociedade em sua complexa e heterogênea conformação.

Emerge deste contexto a construção de um projeto profissional, denominadamente projeto ético-político, que, resultado da participação coletiva das entidades de representação (Conjunto CFESS/CRESS, ENESSO e ABEPSS), manifesta o compromisso da categoria com a construção de um novo projeto societário orientado pela ampliação e garantia dos direitos sociais em detrimento do agravamento das desigualdades sociais em voga.

Nestas décadas, o Serviço Social experimentou, no Brasil, um profundo processo de renovação. Na intercorrência de mudanças ocorridas na sociedade brasileira com o próprio acúmulo profissional, o Serviço Social se desenvolveu teórica e praticamente, laicizou-se, diferenciou-se e, na entrada dos anos noventa, apresenta-se como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente. [...] De fato, construía-se um projeto profissional que, vinculado a um projeto social radicalmente democrático, redimensionava a inserção do Serviço Social na vida brasileira, compromissando-o com os interesses históricos da massa da população trabalhadora. O amadurecimento deste projeto profissional, mais as alterações ocorrentes na sociedade brasileira (com destaque para a ordenação jurídica consagrada na Constituição de 1988), passou a exigir uma melhor explicitação do sentido imanente do Código de 1986. Tratava-se de objetivar com mais rigor as implicações dos princípios conquistados e plasmados naquele documento, tanto para fundar mais adequadamente os seus parâmetros éticos quanto para permitir uma melhor instrumentalização deles na prática cotidiana do exercício profissional. (CFESS, Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, p. 19-20)

Dito isto e considerada a importância desta breve contextualização histórica, destacamos, portanto, que apesar de não ligados diretamente, o movimento da reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social apresentam vínculo orgânico, particularmente orientados pela perspectiva da construção de uma nova ordem societária. Ambos tem como cerne o viés teórico-político calcado nas lutas como caminho indubitável para a consolidação de reformas democráticas no Brasil, o que reforça a existente aproximação de identidade. Além disso, partilham do mesmo referencial teórico-metodológico, o que possibilita um olhar sobre a saúde a partir de um conceito ampliado sobre suas determinações, enfatizando suas essências intrínsecas à perspectiva de luta de classes e seu estabelecimento no capitalismo tardio¹³.

A relação íntima entre o projeto idealizado na reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social exige a compreensão da atuação do assistente social nas políticas de saúde como espaço historicamente ocupado por esta categoria profissional. É sabido que a

¹³ Ver *O Capitalismo Tardio*, de Ernest Mandel (1982).

mobilização política promovida na década de 1980 teve distintas proporções frente às diversas profissões e não foi diferente ao Serviço Social que, articulado em buscar novos horizontes à profissão a partir do resgate às bases marxistas, trouxe consigo um salto de qualidade no que diz respeito o pensar e o fazer profissional dos assistentes sociais nos seus mais diversos espaços de atuação.

Segundo Iamamoto (2012, p. 50), "a década de 1980 foi extremamente fértil na definição de rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social. Hoje existe um projeto profissional que aglutina segmentos significativos de assistentes sociais no país amplamente discutido e coletivamente construído ao longo das últimas décadas." Pulverizado pelo questionamento da sociedade civil frente ao posicionamento político empenhado pelos assistentes sociais, se consolida, então, o protagonismo exercido por estes profissionais que, junto aos demais movimentos sociais, mantiveram-se na luta pela democratização da sociedade brasileira.

Bravo e Matos (2009, p. 32) ressaltam que nesse período, "o movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado", o que evidencia a proximidade e inter-relação de debates que permeiam a esfera da Saúde Coletiva à época e o Serviço Social. Visto isso, torna-se relevante a *influência* que o projeto da reforma sanitária, em conjunto com a mobilização em torno das demais "reformas sociais em atraso" (Fernandes, 1986), exerceu sob a construção de um novo projeto profissional aos assistentes sociais. Consequentemente, tais influências ocasionaram novas significações ao trabalho desempenhado por estes profissionais nos diferentes processos de trabalho, com destaque à saúde pública.

Contudo, os avanços profissionais não se restringiram à esfera política e organizativa. No âmbito teórico a aproximação à teoria crítica possibilitou a reinterpretação teórico-metodológica da profissão. Foi neste momento que se tornou possível o reconhecimento desta profissão como inserida no movimento de produção e reprodução das relações sociais, cujo sentido é dado pelo desenvolvimento do capital monopolista e emersão da questão social. Aqui destacamos a questão social entendida enquanto "conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho." (IAMAMOTO, 2001, p. 16-7).

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação da máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre "as demandas postas à prática em saúde" (BRAVO; MATOS, 2009, p. 35)

Netto (2006) sinaliza que o cenário dos anos 1990 reflete um Serviço Social que, sintonizado com o movimento das classes sociais, populariza os seus espaços de discussão e construção política, criando as condições necessárias para a hegemonia crítica do seu projeto ético-político entre o corpo profissional. O grande saldo do Serviço Social nos anos 1990 se expressa no conteúdo próprio de suas bases jurídico-políticas, responsáveis por guiar o exercício e a formação profissional dos assistentes sociais, sendo elas: o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996.

Ressaltamos, assim, que há uma relação orgânica entre o projeto profissional, o projeto da reforma sanitária e o projeto societário da classe trabalhadora vistos nos princípios orientadores dessa profissão constantes no Código de Ética 1993, tais como: ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; compromisso com a construção de uma nova ordem societária sem dominação e exploração de classe; e posicionamento em favor da equidade e justiça social.

Entretanto, se esta profissão amadureceu no plano teórico-político, a conjuntura vivenciada a partir da década de 1990 nos colocava na contramão das contrarreformas em voga. O contexto político-econômico consolidado no Brasil em meados de 90, orientado pelos ajustes neoliberais, viabiliza a disputa pela política de saúde lograda pelo projeto privatista e pelo projeto da reforma sanitária que trazem diferentes requisições ao Serviço Social. Desde então, o projeto sanitário vem perdendo espaço para a tendência mercantil, fato que tenciona os espaços de trabalho dos assistentes sociais, bem como as demandas e atribuições que lhe são apresentadas:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Entretanto, o *projeto da Reforma Sanitária* vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às

informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36, grifo nosso)

A entrada do século XXI, marcada pela eleição do governo petista que há 12 anos encontra-se à frente do país, reflete a sequência e aprofundamento das disputas supramencionadas que, por ora, agravam a situação do acesso a direitos sociais, especialmente no campo da saúde, e traz consigo novos desafios aos assistentes sociais. Neste sentido, se coloca ao Serviço Social a necessidade de articulações ainda mais sólidas e intensas com outros segmentos que lutam pela efetivação do SUS, formulando estratégias que procurem reforçar o compromisso com a reforma sanitária de modo a garantir realmente o direito social à saúde.

Refletir hoje o Serviço Social e seus espaços de atuação requer, essencialmente, mergulhar nessa retrospectiva histórica onde é possível perceber o movimento de continuidade e ruptura que se instaura com o amadurecimento das suas formas de articulação e representação emergidas nos anos 80. "É uma relação de continuidade, no sentido de manter as conquistas já obtidas, preservando-as; mas é, também, uma relação de ruptura, em função das alterações históricas de monte que se verificam no presente, da necessidade de superação de impasses profissionais vividos e condenados em reclamos da categoria profissional." (IAMAMOTO, 2012, p. 51).

É neste sentido que do assistente social, que toma como referência o projeto ético-político, exige-se conhecimento sobre a realidade e não só boa vontade. Um profissional que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, sua complexidade e contradições na geração da *questão social* e como essa lógica impacta as relações sociais e os indivíduos apreendendo os mecanismos de exploração e de dominação. A categoria central é *trabalho* e não a esfera da subjetividade. (VASCONCELOS; 2006, p. 256)

Conforme consta no documento de publicação do Conselho Federal de Serviço Social intitulado *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (2010, p. 30) "considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão, na mobilização e participação social." Neste sentido, cabe ao assistente social contribuir com o atendimento às demandas imediatas da população, como pontuado na resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 383 de 29 de março de 1999, cujo documento caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

O Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, em seus princípios fundamentais, contém elementos cruciais para o desenvolvimento do trabalho desses profissionais na saúde, revelando especialmente seu compromisso com o projeto da reforma sanitária, destacando-se a: “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”; “posicionamento em favor da equidade [sic] e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”; e o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”. Deste modo, tomando por pressuposto a perspectiva ético-política desta profissão, pensar uma atuação crítica e competente no espaço ocupacional da saúde significa:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços; Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 44)

Visto isso, pode-se observar que desde 1945 o Serviço Social tem, na Saúde, inserção massiva e requisição que contribuem para o reconhecimento da necessidade deste profissional nessa área. Os escritos aqui substanciados destacam que, apesar dos obstáculos postos na atualidade, os assistentes sociais são desafiados cotidianamente a empenhar-se em defesa da democracia a partir de intervenções que vão de encontro ao projeto neoliberal. Confrontados permanentemente pela expansão das privatizações, os óbices se agravam ano após ano, o que certamente tem implicações diretas no fazer profissional que, muito mais que voltado à garantia de direitos, necessita evidenciar-se sob o viés político de modo à subversão do sistema vigente. Tomando como base o pressuposto afirmando por Mészáros (2009), vivenciamos hoje uma crise que não afeta somente o mundo das finanças, mas que acomete todos os domínios da vida social, econômica e cultural.

2.4 Privatização e o desmonte do SUS

Dado os avanços oriundos das reivindicações da classe trabalhadora na década de

1980, conforma-se em 1990 a reorientação da Saúde enquanto direito social normatizado na Constituição de 1988 alinhado à redefinição do papel do Estado, o qual se compromete com o ideário democrático sinalizado nas mudanças ocorridas na carta magna.

A aprovação do SUS com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária significou uma grande vitória da sociedade. Não obstante, foi criado em um período em que o Brasil se encontrava em grande instabilidade econômica, altas taxas de inflação e influências da conjuntura internacional neoliberal que, juntamente com o recuo dos movimentos sociais, traz sérias dificuldades para a regulamentação e implementação de seus princípios e diretrizes e da concretização das propostas da Constituição Cidadã. (AGUIAR, 2011, p. 38)

No entanto, frente às conquistas referenciadas neste contexto de ampliação da luta e busca por reformas democráticas que permeia sumariamente a década de 1980, cabe destacar as transformações que por ora se instauraram com o governo de Fernando Collor de Mello, então presidente do país, cujas ações amplificaram seu intuito de consolidar o projeto neoliberal no país e cujos desdobramentos trouxeram inflexões ao âmbito da saúde. Aguiar (2011, p. 38) sinaliza que "o Governo de Fernando Collor de Melo reduziu em quase metade os recursos para o setor saúde, ao mesmo tempo em que os governos estaduais também reduziram sua participação orçamentária para a saúde".

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. (BRAVO, 2006, p. 14)

Bravo e Matos (2009, p. 35) ressaltam que “o projeto político-econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, [...] confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, tecido desde a década de 80, e com o projeto da Reforma Sanitária”. Neste sentido, o cenário aponta para a movimentação de resistência articulada pela frente parlamentar conservadora que, orientada pela política de ajuste neoliberal, colocou em xeque a construção democrática em voga e a efetivação das propostas da reforma sanitária que, inscritas na Constituição de 1988, veem-se ameaçadas.

Em suas proposições, Mendes et al. (2011, p. 332) salientam:

Em 1990, a saúde se atualizou como dimensão de direito social a partir da redefinição constitucional e da regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS. Entretanto, as revisões constitucionais ocorridas nessa década

reformaram o Estado, provocando mudanças nas funções estatais e no campo social, que haviam sido recém-definidas.

Aguiar (2011, p. 38) ressalta que "essas deliberações contrariam a política pública do SUS que já nasce enfrentando o caos em que estavam os serviços de saúde e a descrença popular em relação ao Estado." Sendo assim, vista a refuncionalização dada ao Estado enquanto agente regulador em detrimento de sua função de provedor consubstanciada nos escritos da Constituição, as propostas da reforma sanitária sofrem profundo questionamento e são situadas em patamares de disputa, alinhando-se à lógica de mercado. Suas implicações diretas verificam-se na transferência de responsabilidades do Estado à sociedade civil, por meio do projeto privatista.

Isso significa que estão em disputa dois projetos societários: um respaldado na reforma sanitária que atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de constituir respostas às expressões da questão social e o outro baseado na concepção da democracia restrita, que restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo. (MENDES et al., 2011, p. 332)

Visto isso, Bravo e Matos (2009, p. 35-6) apontam que, diante deste contexto de ressignificação de papéis e projetos, "ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores". As principais consequências advindas desta reconfiguração dada à política de saúde são "o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso"¹⁴, elementos centrais que atestam o distanciamento das ações à essência do SUS.

Essa disputa permanente vem caracterizando a realidade da saúde ao longo da história e se acirra nesta primeira década do século XXI. A compreensão desta disputa histórica no campo da Saúde é fundamental para que se reconheçam os movimentos e as mudanças pertinentes à política da saúde no Brasil. (MENDES et al., 2011, p. 335)

Diluído num cenário de interesses polarizados, dá-se a ascensão do projeto privatista que, inserido e catalisado pelo processo de reestruturação produtiva, encontra nas bases do capitalismo e em seu atual padrão neoliberal de regulação solo fértil para seu pleno desenvolvimento. É o prelúdio para o desmonte da proposta do SUS recém materializada na Constituição de 1988. Como afirma Mendes, "é sob a égide do mercado que o sistema de saúde brasileiro vem se afastando dos princípios da reforma sanitária." (2011, p. 332).

¹⁴ Ibid, 2009, p.36.

Demarcada a permissão do setor privado atuar em caráter complementar ao SUS, conforme consta no Art. 199 da Constituição e no inciso 2º do Art. 4º da Lei Orgânica da Saúde, este, por sua vez, assume nos dias atuais centralidade, concedida pelo Estado, na prestação de serviços de saúde revelando a ótica mercantil dada a esse direito social:

Está em curso uma tendência crescente de repasse do fundo público para o setor privado. Esta tendência foi explicitada em 1995, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso que tinha como princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor 'público não-estatal' que na realidade é privado. Neste Plano Diretor, através do denominado programa de “publicização”, propôs-se o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” executá-los, mediante o repasse de recursos públicos. (CORREIA, 2011, p. 43-4)

Neste sentido, priorizamos aqui elucidar os desdobramentos da expansão do projeto hegemônico trazendo à tona o panorama de condução do SUS desde o início da década de 1990 quando, corporificado na Lei nº 8.080/90, esteve sob permanente ameaça do capital.

Em retrospectiva, e levando em consideração a perspectiva rentável e lucrativa vislumbrada no campo da saúde pelo projeto privatista, torna-se possível delinear a violação empenhada por tal setor em contrapor-se aos princípios e diretrizes constantes na lei supracitada que, orientada pelo Art. 198 da Constituição Federal, preconiza o SUS como instrumento de efetivação dos serviços públicos na esfera da saúde, tendo como cerne o atendimento calcado na universalidade, integralidade e equidade a todos aqueles que demandarem seu serviço.

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto da Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico. (BRAVO, 2006, p. 15)

Assim sendo, as implicações da privatização atravessam a década de 1990 e se avultam no advento do século XXI, tempo de transformações nas dinâmicas do governo. Destacamos como protagonista no processo contemporâneo de desmonte do SUS o governo PT que eleito por suas propostas de ruptura com os retrocessos instaurados, aliou-se ao projeto privatista e prossegue com muita eficiência a expansão da mercantilização da vida em sociedade.

No primeiro mandato do governo Lula (2003-2006), o Ministério da Saúde apontou sua inclinação à incorporação das reivindicações da Reforma Sanitária, embora por vezes

contribuindo para a manutenção da disputa entre o projeto privatista e o movimento sanitário. Segundo Bravo e Menezes (2011, p. 18), houve um empenho sinalizado em resgatar a concepção de reforma sanitária que à época havia sido abandonada desde a década de 1990, visto na “escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério [...] e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde”, o que demonstrava um possível esforço em fortalecer o projeto da Reforma.

No entanto, “como continuidade da política de saúde dos anos noventa, destaca-se a ênfase [dada pelo governo Lula] na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18), o que expressa a clara adesão deste governo ao projeto neoliberal ora estabelecido no Brasil.

A ascensão do PT ao governo representou um momento de consagração da classe trabalhadora que, naquele momento, viu-se ocupando cargos importantes no direcionamento do país, embora este também tenha sido o período em que, paradoxalmente, efetiva-se a cooptação dos movimentos sociais que, antes combativos e aguerridos, agora veem suas ações muito mais envolvidas à negociações limitadas e ligadas à agenda política dos governantes.

Não obstante a escolha para ministro da saúde ter sido destinada a um sujeito político que integrou a formulação da Reforma Sanitária, o plano de governo do segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva não expressa compromisso com eixos centrais presentes nas demandas postas pelo movimento sanitário; o que, mais uma vez, reforça sua ligação com um projeto de continuidade de retrocessos em detrimento de uma articulação política voltada aos interesses e necessidades da classe trabalhadora.

O Ministério da Saúde, entretanto, não tem enfrentado [neste período] algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Apresenta, por outro lado, proposições que são contrárias ao projeto, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 20)

Subsequente à presidência de Lula, o balanço inicial do governo Dilma (2011-2014), marcado pela sequência à “era PT”, suscita debates em torno da temática de saúde ocupar lugar no centro da agenda política e de desenvolvimento do governo federal, entretanto “destaca também que vai estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde,

assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22), o que atesta a não adesão integral ao projeto reformista.

Segundo Bravo e Menezes (2011), “a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é apontada no discurso de posse da presidente Dilma como grande prioridade do seu governo”, apesar das diretrizes dadas pelo governo referenciarem um compromisso sistemático com o projeto privatista em prejuízo à retomada da defesa do SUS construído nos anos 1980. O que demonstra esta contradição é uma reorientação política dada ao sentido do SUS. Dito desta forma, o mandato de Dilma Rousseff não materializa suas propostas expressas na alocação de posse, mas, ao contrário, reforça o aspecto excludente em vigor na lógica macroeconômica, dando continuidade à ampliação do mercado e retração dos direitos sociais em voga, acentuados desde a década de 1990.

“A análise inicial com relação aos encaminhamentos da saúde no governo Dilma vem sinalizando para a ênfase nas políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 24) que, atrelada aos governos anteriores analisados, expressa "o avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através de parcerias público-privadas" (Ibid, p. 24). No cenário apontado de contrarreformas do Estado, conduzido para a racionalização de gastos e repasse de prestação de bens e serviços coletivos ao setor privado:

na área da saúde, a proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferência de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (Oss), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, pela Lei Federal nº 9.790; e pelas Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007). (CORREIA, 2011, p. 43-4)

As Organizações Sociais, bem como as OSCIPs, foram criadas sob argumento de que seria necessário desburocratizar a administração pública, o que se concretizaria por meio do avigoramento da sociedade civil e do terceiro setor assumindo e desempenhando funções ditas não exclusivas do Estado via "entidades privadas sem fins lucrativos".

Conforme Art. 1º da Lei 9.637/98, as OSs constituem-se como "pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde". Para o seu desenvolvimento, as OSs "podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a

órgãos de controle internos e externos da administração pública" (CORREIA, 2011, p. 44).

As OSCIPs, segundo aponta Correia (2011, p. 44) com base na Lei 9.790/99 "instituem uma nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado, através do 'Termo de Parceria', de maior alcance e abrangência do que os Contratos de Gestão das OSs" e acrescenta que as atividades desempenhadas pelas OSCIPs se concretizam por meio de ONGs, cooperativas e associações da sociedade civil por meio de "parcerias". Por sua vez, o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado que emerge no governo Lula em 2007,

completa e aprofunda a privatização de setores públicos, das políticas sociais, já incrementado no governo de FHC, ou seja, o repasse de recursos públicos, através de contratos de gestão, para um setor dito "público não estatal", que terá "autonomia gerencial, orçamentária e financeira. Salete Maccalóz afirma que "o governo mente ao afirmar que a implantação das fundações estatais de direito privado não trazem a privatização do serviço público [...] Ou é público ou é privado, não tem como ser os dois ao mesmo tempo, como estão querendo nos fazer acreditar." (CORREIA, 2011, p. 44)

Neste sentido, cabe salientar que em 2007, mesmo ano da proposta de criação das Fundações, foi elaborado um documento pelo Banco Mundial, intitulado "Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: Aumento da Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos" cujos escritos refletem a intenção em conter gastos e conferir autonomia às unidades de saúde por meio de contratos de gestão - o que veio a ser posteriormente consolidado mediante a EBSERH¹⁵.

Tendo em vista a grande circulação de recursos que permeia a esfera da saúde, este, evidentemente, torna-se espaço vantajoso ao projeto privatista que encontra, nas bases do governo em curso, condições de financiamento e auxílio à reprodução do capital. "A citada mercantilização da saúde, bem como os processos de privatização dos serviços de saúde, são realidades de muitos municípios brasileiros que optam por um modo de condução do SUS que vai aos poucos contribuindo com os desmonte do mesmo." (MENDES et al., 2011, p. 335).

¹⁵ Trataremos no tópico 3.2.

CAPÍTULO 3

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: A ADESAO AO NOVO MODELO DE GESTÃO

3.1 Hospital Universitário de Brasília: sua história e trajetória junto à Universidade de Brasília

O atual Hospital Universitário de Brasília, fundado no regime militar, especificamente em 1972, foi criado inicialmente para atender os servidores públicos federais, ficando conhecido à época como Hospital dos Servidores da União – HSU. Neste período, as ações do hospital eram orientadas pelo modelo de seguro social vigente à época - de caráter excludente e corporativista. Em dezembro de 1979 passou a ser administrado pela Universidade de Brasília via convênio assinado com o INAMPS.

Depois de trâmites em 1987 que integraram o hospital supracitado à rede de serviços do Distrito Federal, foram realizadas manifestações públicas que reuniram professores e estudantes visando garantir que a sua administração pudesse ser plenamente concedida à Universidade de Brasília. Um marco para esta instituição ocorre em 3 de abril de 1990, quando o INAMPS atende às pressões e o hospital passa então a ser administrado pela UnB, denominando-se *Hospital Universitário de Brasília – HUB*.

Conforme consta no sítio eletrônico do HUB, de 1990 a 2004 o desenvolvimento do hospital manteve-se sob instabilidade devido à perda paulatina de profissionais até então ligados ao INAMPS que, juntamente aos afastamentos por motivos de aposentadoria e/ou abandono de cargo em função dos salários, deram lugar à escassez de recursos humanos para execução das ações, ocasionando financiamento pendular por vezes mantido por meio de acordos informais junto ao gestor local do SUS.

Diante de tais dificuldades, em 2005, o hospital passa a reaver a estabilidade perdida por meio de termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS que, norteado pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, confere autonomia universitária ao desenvolvimento das atividades realizadas no âmbito do HUB, além de concretizar, por meio do Art. 1º da referida portaria, a certificação deste espaço enquanto Hospital de Ensino - preservando o princípio preconizado para o âmbito dos HUFs que envolve a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Em 2008 foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário – CONSUNI o regimento do hospital que, após mais de dois anos de debates internos, consagrou a inserção da instituição no Sistema Único de Saúde como uma das suas características essenciais, inaugurando as atividades de mais dois conselhos, sendo eles o Conselho Deliberativo – CDE e o Conselho Comunitário e Social – CCS, primeira tentativa de legitimar a participação da comunidade com possibilidade de ações de controle social.

No presente, a instituição destina 100% da capacidade instalada de internação e de produção de serviços para o SUS, recebendo pessoas de várias regiões do país, predominantemente da região Centro-Oeste e parte de Minas Gerais e Bahia.

No Brasil, os hospitais universitários federais (HUFs) têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde. São responsáveis por grande parte das pesquisas clínicas na área biomédica e pela formação de um expressivo número de profissionais de saúde (Reis e Cecílio, 2009). São instituições cuja gestão está subordinada à Universidade Federal da qual corresponde, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) [sic] por sua frente de ensino, e ao Ministério da Saúde (MS) pela vinculação ao sistema de saúde pública. (SODRÉ et al., 2013, p. 365)

Atualmente, o hospital mantém seu funcionamento com atendimentos nas seguintes especialidades: Anestesiologia; Cancerologia; Cardiologia; Cirurgia Crânio-maxilo-facial; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Torácica; Clínica Médica; Coloproctologia; Dermatologia; Endocrinologia; Endocrinologia Pediátrica; Gastroenterologia; Infectologia; Mastologia; Medicina do Adolescente; Nefrologia; Obstetrícia e Ginecologia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Patologia; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Radiologia; Reumatologia; Reumatologia Pediátrica; e Urologia.

Segundo consta na Resolução do Conselho Universitário nº 21/2008 em seu Art. 2º, "o HUB destina-se a oferecer condições apropriadas e adequadas para a realização das atividades de ensino de graduação e de pós-graduação, aos estudantes da Universidade de Brasília, a promover a educação permanente e a integração interdisciplinar das atividades docentes, assistenciais e de apoio à pesquisa e extensão, e a prestar assistência à saúde da população em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS."

Operacionalizada pela Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa (DAEP), a proposta supracitada se concretiza por meio da articulação desta Diretoria em viabilizar o desenvolvimento de ensino e pesquisa neste espaço institucional de modo a garantir os pressupostos que caracterizam o HUB enquanto hospital-escola. Neste sentido, destacamos o papel fundamental que o presente hospital exerce junto à Universidade de Brasília na

formação dos estudantes que o integram, sendo espaço reconhecido e referenciado como centro de excelência, destaque em produções acadêmicas e capacitação de futuros profissionais atuantes na área da saúde.

Os HUFs exercem um papel político importante na comunidade inserida, visto sua escala, dimensionamento e custos projetados a partir da alta concentração de recursos humanos, físico e financeiros (Médici, 2001). Representam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos do SUS, 25,6% dos leitos de UTI, 50% das cirurgias cardíacas e neurológicas, e 70% dos transplantes (Lopez, 2005). (SODRÉ et al., 2013, p. 366)

Sendo este ambiente de desenvolvimento de estágios obrigatórios de cursos tais como Medicina, Odontologia, Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, além de local valorizado pelas residências médicas e multiprofissionais, o HUB se apresenta hoje como campo historicamente conquistado e expoente em potencialidades.

Contudo, por integrar uma rede de 46 HUs espalhados pelo Brasil, o HUB enfrenta um debate que permeia também os demais hospitais universitários no que se refere à gestão dos recursos financeiros, humanos e físicos. Ao longo da última década foi evidenciado pela conjuntura de sucateamento e insuficiência do quadro de profissionais que era preciso reformular a gestão desses hospitais:

Cabe destacar que a deficiência ou mesmo a ausência de profissionais nos hospitais universitários é um reflexo da junção de vários fatores: a ausência de concursos por parte do MEC; a não responsabilização do MS pela mão de obra desses hospitais no que tange à assistência; a defasagem dos salários oferecidos, o que gera a busca por outros vínculos; a pressão das entidades de controle, como o TCU, proibindo a contratação direta por parte dos hospitais; o não planejamento do governo para o momento atual que demarca elevado número de aposentadorias, ou seja, não houve e não há uma política de reposição desses funcionários de forma a manter o equilíbrio no quadro de pessoal; e o nível de adoecimento e consequente afastamento dos funcionários (Ribeiro et al., 2010). (SODRÉ et al., 2013, p. 366)

No entanto, apesar deste ter sido apontado como um problema estrutural, não foi pensada nem proposta uma intervenção que levasse em consideração a preservação da autonomia das universidades junto a esses hospitais, nem tampouco uma estratégia de superação da crise ora instaurada nos HUFs por meio de uma manifestação incisiva dos Ministérios responsáveis por seus funcionamentos. Foram apresentadas, sim, propostas de governantes políticos e gestores locais "para a flexibilização da captação de recursos, como também para a desvinculação dos hospitais de ensino das universidades, visto que o Ministério da Educação não considera a 'assistência' como sendo de sua responsabilidade." (SODRÉ et al., 2013, p. 369-70).

A "crise" instalada nos hospitais universitários abre precedentes para a aproximação voraz da privatização das áreas sociais de responsabilidade do Estado. A saúde e a educação pública têm perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e se subordinam a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços. (SODRÉ et al., 2013, p. 370)

Conforme apontado por Sodré et al. (2013), desde o governo FHC é argumentado de que a "salvação" dos HUFs estaria na criação das fundações estatais de direito privado que teriam por finalidade executar ações que, ao olhar do governo federal, não eram de responsabilidade exclusiva do Estado (como o caso da saúde e educação) e que, portanto, deveriam ser repassadas à dinâmica do mercado. Com a rejeição desse projeto pelas entidades organizativas nas 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde, cujo intento era a defesa da reforma sanitária e preservação da proposta do SUS, há uma estagnação do argumento da criação das fundações estatais.

Todavia, é em 2010 que, por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro deste mesmo ano institui-se o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) onde subjaz a intenção de viabilizar novas formas de gestão e financiamento para a execução das atividades dos HUFs. Tal afirmativa consubstancia-se no Art. 2º do referido decreto onde consta que "o REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão de assistência à saúde." O texto do decreto supracitado sinaliza sua vinculação ao ideário neoliberal cuja intenção de repasse da esfera social ao mercado se consolida com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Foi em 18 de maio de 2012 que a Universidade de Brasília, em reunião do CONSUNI¹⁶, debate sobre a adesão à EBSEH como nova gestora do Hospital Universitário de Brasília. Sob alegação de descompasso de receita entre o recebido e os gastos pelo HUB, o relator da proposta, Eduardo Raupp, decano de Administração, elaborou um sistemático documento¹⁷ apresentando possíveis evidências para a incorporação da empresa enquanto gestora do hospital supramencionado.

¹⁶ Informações constantes no sítio da UnB. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6599>>.

¹⁷ Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/downloads/parecer%20ebserh.pdf>>.

Segundo apontamentos constantes no documento, a grande motivação para a adesão à empresa seria a possibilidade de "equacionar a questão orçamentária e financeira do HUB" que, conforme sinalizado pelo decano, gera um ônus à receita da universidade, o que "tem obrigado a FUB a realizar constantes aportes de seus recursos". Ademais, surgiram outros questionamentos levantados pelos conselheiros presentes na reunião sobre possíveis consequências derivadas da entrada da empresa no HUB, tais como preservação da autonomia universitária e o tratamento dispensado aos trabalhadores terceirizados até então contratados por vínculos precarizados, mas que foram imediatamente rebatidas pelo relator e pelo reitor em exercício à época, João Batista.

Conforme apontado em sítio da UnB, com quarenta votos a favor, seis contra e duas abstenções, ficou deliberado na referida reunião a aprovação da adesão à empresa, dando início às negociações a fim de estabelecimento de contrato. Sem que houvesse um amplo debate entre os discentes, docentes e servidores da UnB, a decisão tomada na referida reunião do CONSUNI ocasionou o contrato firmado em 17 de janeiro de 2013, que dá início ao processo de implementação da EBSEH no HUB. Seus desdobramentos no hospital se concretizam na atual conjuntura, onde a referida empresa já assumiu a frente da gestão e cujas análises mais aprofundadas serão apontadas no tópico 3.3 deste mesmo capítulo, onde apresentaremos os resultados da pesquisa de campo.

3.2 EBSEH e suas configurações

O cenário brasileiro atual evidencia que o surgimento dos novos modelos de gestão se apresentam como estratégias da contrarreforma do Estado, pois, conforme salienta Correia (2011), se caracterizam pelo repasse do fundo público ao setor privado, permitindo a flexibilização da gestão, dos direitos sociais e trabalhistas, além de ser a efetiva ação da privatização do que é público.

Segundo Art. 1º da Lei nº 12.550/2011, "fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado."

A EBSEH se enquadra dentro de mais um discurso gerencial industrial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos. Primeiro são privatizados equipamentos, exames e terceirizada a contratação de pessoas - considerado o primeiro passo da privatização direta. O segundo passo foi a ameaça de entrega da gestão para uma organização social (OS) ou fundações - mas não foi firmado acordo pois as negociações do estado [sic] com a sociedade não foram favoráveis. Por último, o governo deu um passo atrás. Optou por uma privatização lenta, menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade: a criação de uma empresa pública de direito privado (EBSEH). (SODRÉ et al., 2013, p. 372)

A justificativa central apresentada pelo Governo Federal para a criação da EBSEH seria a urgência em regularizar a condição dos terceirizados que, somados em 26 mil funcionários, encontravam-se sob contratos precarizados. No entanto, conforme apontado em documento da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (2012),

a proposta apresentada intensifica a lógica de precarização do trabalho no serviço público e na saúde, pois, ao permitir contratar funcionários através da CLT por tempo determinado (contrato temporário de emprego), acaba com a estabilidade e implementa a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento em saúde.

Desde os avanços consolidados na Constituição de 1988, as principais reivindicações postas pelos trabalhadores da saúde concentram-se na melhoria dos serviços prestados, no cumprimento integral da proposta do SUS, além de um plano de carreira via concursos públicos, mas que, com a aprovação da empresa¹⁸, dão lugar ao agravamento da precarização dos vínculos. Sodré et al. (2013, p. 375, grifo nosso) acertadamente aponta que

a lei federal é omissa quanto à cessão dos trabalhadores terceirizados (contratos temporários) que atuam na entidade absorvida pela EBSEH. Não há, portanto, garantia de manutenção ou renovação de seus contratos, *o que de regra é próprio da precariedade jurídica desses instrumentos*. Mas há a previsão de contratos temporários para garantir a execução dos serviços enquanto não for realizado concurso para empregados públicos da EBSEH. Ou seja, podem conviver três formas de contratação num primeiro momento.

Outra questão de igual relevância concentra-se no que vem referenciado no Art. 7º da Lei supracitada onde fica previsto que "os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas." Embora os escritos retratem uma possibilidade, a exemplo do HUB esta se verifica enquanto uma realidade atual, onde servidores públicos, concursados para exercer atividades em órgãos também públicos, veem-se prestando "serviços a entidades

¹⁸ Ver Art. 10 e Art. 11 da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

com personalidade jurídica de direito privado" (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2012).

O regime de pessoal da EBSEH é de emprego público. Também não há nenhuma garantia de paridade remuneratória entre os servidores efetivos cedidos e os empregados da EBSEH. Isto quer dizer que será possível a convivência de trabalhadores com variados tipos de contratação e salários em um mesmo hospital, o implique a *fragilização das forças na luta de classes*. (SODRÉ et al., 2013, p. 375, grifo nosso)

Além dos condicionantes citados na lei que se configuram enquanto ameaça à proposta do SUS, cabe destacar um ponto central para as mobilizações que se engendraram em oposição à empresa: a autonomia universitária. Com independência para realizar contratos, convênios e organizar internamente as diretrizes da gestão - conforme sinalizado no Art. 11 e seus incisos juntamente ao Art. 12 da referida lei, nota-se que o funcionamento da EBSEH coloca em xeque a vinculação entre os HUFs e suas Universidades, uma vez que fica sob competência exclusiva da empresa o gerenciamento dos hospitais; o que estabelece um distanciamento entre a participação das Universidades nos espaços decisivos dos hospitais aos quais estão vinculadas.

Notadamente articulada ao princípio de metas, a empresa se apresenta enquanto mais um mecanismo de precarização dos serviços oferecidos no âmbito do SUS, visto que a lógica do mercado se sobrepõe à qualidade dos atendimentos, baseando a avaliação de resultados à luz da ótica quantitativa. Como apresentado abaixo, compete à EBSEH:

prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas.¹⁹

Após 13 dias da promulgação da Lei nº 12.550/2011 cujos desdobramentos autorizaram a criação da empresa e onde se encontram todas as referências acima mencionadas, publica-se o decreto nº 7.661/2011 onde consta a aprovação do Estatuto Social da EBSEH, o que viabilizou a imediata inserção da empresa nos Hospitais Universitários que optaram pela sua entrada via contrato.

A experiência da entrada da EBSEH nos HUFs tem se mostrado sob forte tensão onde o cenário reflete os impasses vivenciados nas universidades federais que, ao proporem debates sobre a adesão à empresa, por vezes não encontram apoio na comunidade acadêmica,

¹⁹ Tópico V do Art. 4 da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011

mas que pressionadas pelo governo federal, transgridem instâncias máximas de decisão, como colegiados e conselhos universitários, e firmam vínculo com a empresa.

Mais de dois anos depois da instalação da Empresa dentro do Ministério da Educação, pela portaria 442 de 25 de abril de 2012, dos 47 Hospitais Universitários vinculados às 33 Universidades Federais, 23 assinaram contrato com a referida Empresa. A maioria destes contratos foi assinado pelos reitores das Universidades, com explícita rejeição da Comunidade Universitária e sob pressão do Governo Federal. O exemplo mais recente foi o caso da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) em que o Colegiado Pleno rejeitou a Empresa em reunião no dia 29 de outubro de 2012, por 36 votos a 4, e em 26 de março de 2014 o reitor fez a adesão monocrática, passando por cima da instância máxima da universidade. (Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2014, p. 1)

Por tratar-se de um fenômeno recente, as experiências de adesão à empresa carecem de amplas produções bibliográficas que revelem a dinâmica de seu funcionamento atual, embora existam sistematizações realizadas ao longo, principalmente, do último ano, pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde²⁰, que tem funcionado como espaço de articulação e resistência política frente ao cenário estabelecido nos hospitais universitários.

A exemplo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, antes apontado pelo Governo Federal como referência de implementação da EBSEH, hoje se tornou nacionalmente conhecido por reservar espaços públicos para atendimentos de planos de saúde privados. Ressalta-se aqui a clara ação da empresa promovendo o afastamento entre a essência dos HUFs junto às Instituições Federais de Ensino Superior às quais estão ligados, evidenciando o desmonte dos pressupostos que regem o funcionamento de um hospital universitário.

Neste sentido, delata-se o comprometimento da "formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde" (CORREIA, 2011, p. 44) que refletem reais retrocessos no que tange à perspectiva da reforma sanitária que, há anos, encontra-se confrontada pela ótica neoliberal, mas que neste momento enfrenta seu agravo.

Está em curso um processo de privatização do setor público e um ataque aos direitos sociais e trabalhistas, historicamente conquistados. As alternativas de modalidades de gestão propostas pelos governos, desde a segunda metade da década de 1990, estão baseadas no repasse da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde para grupos privados, através de "Contratos de Gestão" e de "Termos de Parceria", mediante transferências de recursos públicos. Isto significa transferência

²⁰ A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, foi criada em 2010, a partir da articulação de Fóruns de Saúde estaduais em torno da luta contra a privatização do SUS. Tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 80. (CORREIA, 2011, p. 47)

da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal. A isto se denomina privatização do público, ou seja, apropriação por um grupo privado (denominado "não estatal") do que é público: Qual seria o interesse de um grupo privado em assumir a gestão de um serviço social público que não seja o interesse econômico? Qual a lógica que rege o setor privado que não seja a lógica do mercado e a busca incessante do lucro? (CORREIA, 2011, p. 45)

As áreas que atualmente encontram-se em processo de "cessão" à esfera privada, a exemplo da Saúde, configuram-se enquanto espaços determinantes nos processos de lutas sociais em busca da garantia de direitos legitimamente conquistados. Sendo assim, verifica-se um extensivo movimento de ameaça que vai de encontro aos avanços sociais sinalizados no capítulo 2 do presente trabalho.

O processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos, através das OSs, OSCIPs e das Fundações Estatais de Direito Privado, se dá nas áreas em que se localizam as políticas públicas - Saúde, incluindo os Hospitais Universitários, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar do Servidor Público, Comunicação Social e promoção do Turismo, entre outras. Setores através dos quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente através de serviços sociais públicos, portanto, a privatização dos mesmos constitui-se uma grande ameaça à garantia destes direitos. (CORREIA, 2011, p. 45)

Conforme salienta Sodré et al. (2013, p. 374) "a empresa pública é uma figura ambivalente que, pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado. Por isso, embora a EBSERH não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica em ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde." Dito isto, nota-se então o empenho velado do Estado em contribuir com a expansão do projeto privatista em curso no Brasil.

O fetiche do mercado atinge o seu ápice quando ao Estado se quer reservar o papel de concorrente dos serviços privados e se elege a lógica empresarial - convém, lembrarmos, é a do lucro! - para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na consecução de políticas sociais, opera com lógica inteiramente diversa ao da empresa privada. (GRANEMANN, 2011, p. 51)

Correia (2011), em seu estudo sobre os ditos "novos modelos de gestão", destaca sete argumentos que exprimem o posicionamento dos defensores do SUS que, ao se oporem a este novo movimento de privatização, partem das premissas de que as novas modalidades de gestão: constituem o processo de contrarreforma do Estado; privatizam os serviços públicos; se conformam enquanto ameaças aos direitos sociais; vão de encontro à legislação do SUS; acometem os trabalhadores; cerceiam o controle social; e favorecem o desvio de recursos públicos.

Ressaltamos, sobretudo, o caráter dúbio de captação de recursos desta empresa, onde a real expressão da privatização dos HUFs se manifesta no inciso II do Art. 8º da Lei nº 12.550/2011 em que define os mecanismos de acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais enquanto fonte de recurso. Essa estratégia de incorporação de capital reflete o entendimento da saúde e educação enquanto mercadorias, passíveis de "venda", expondo à lógica do mercado as atividades de pesquisa e ensino desenvolvidas no âmbito dos hospitais universitários.

Dessa forma, conforma-se no cenário brasileiro o reforço intransigente ao projeto privatista que encontra na EBSEH mais uma de suas expressões e oportunidade de continuidade nefasta à sociedade. Conforme bem atenta Granemann (2011), as respostas dadas para a superação das crises vivenciadas nos HUs não se deram de maneira técnica, mas se constituíram e constituem-se enquanto uma proposta política que reflete exatamente a tendência do Estado brasileiro.

A solução para os problemas dos HUs passa necessariamente pelo financiamento público, negado pelos governos neoliberais que direcionam os recursos do fundo público para o mercado financeiro, e pela ampliação da participação da população nos espaços de controle social podendo, dessa forma, avançar na solução dos problemas de gestão a seu favor, e de acordo com os princípios do SUS, e não a favor do mercado, como propõe o governo com suas soluções privatizantes. (GRANEMANN, 2011, p. 62)

3.3 A percepção das(os) assistentes sociais do Hospital Universitário de Brasília frente à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: análise dos dados

A presente pesquisa foi proposta com o objetivo de conhecer a percepção das assistentes sociais do HUB frente à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Para tanto, esta se dividiu em duas etapas: a primeira, voltada para a aplicação de um questionário estruturado contendo perguntas de modo a auferir o contexto que antecedeu a inserção da EBSEH no HUB, perceber o perfil das entrevistadas e conhecer as articulações políticas que se estabeleceram ante a empresa; e a segunda, desenvolvida a partir de entrevista de modo a coletar dados que apontem o cenário atual do hospital universitário após a inserção da empresa e seus rebatimentos ao Serviço Social.

Conforme apontamos no primeiro capítulo, a pesquisa, bem como toda a análise do levantamento bibliográfico, deram-se sob a perspectiva materialista histórico-dialética, cuja orientação busca compreender a realidade a partir de processos históricos reais, reconhecendo

a totalidade dos fenômenos e sua inter-relação com a estrutura da sociedade burguesa junto às suas inerentes contradições.

Desse modo, a execução do estudo desenvolveu-se a partir da abordagem mista, englobando a metodologia quantitativa aliada à qualitativa, de modo a delimitar uma contribuição efetiva para o conhecimento da realidade em análise. Segundo Minayo e Sanches (1993), a estratégia quantitativa nos permite atingir uma amostragem, não se reduzindo a uma questão meramente estatística, mas sendo um mecanismo efetivo de refletir representatividade numérica a partir de questões objetivas.

Em contraponto, a perspectiva qualitativa nos possibilita recolher informações por meio da linguagem, tais como características subjetivas, que muitas vezes não se exprimem num preenchimento de questionário, a exemplo.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244)

Quanto aos cuidados éticos, foi elaborado previamente e entregue no momento da entrevista às participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)²¹ consoante às prerrogativas éticas defendidas e legitimadas pelo corpo profissional dos assistentes sociais, conforme previsto no Art. 2º do Código de Ética Profissional. Nele constam todas as informações referentes à pesquisa, destacando os procedimentos nela envolvidos, seu objetivo, a garantia de sigilo resguardado às que voluntariamente participaram do presente estudo e o direito de retirada do consentimento a qualquer momento, sem que isto levasse a entrevistada a qualquer prejuízo.

Como forma de garantir o anonimato e resguardar o sigilo das participantes, todas as vezes que se fizerem necessárias citações e ou exposições das falas, estas serão referenciadas como: Entrevistada 1, Entrevistada 2, Entrevistada 3, Entrevistada 4, Entrevistada 5 e Entrevistada 6, não tendo ligação com a ordem cronológica de execução das entrevistas, mas com numeração aleatória registrada pela estudante-pesquisadora de modo a reforçar a preservação das identidades, conforme proposto por Creswell (2010).

Dito isto, após reunião junto à equipe de Serviço Social do HUB, onde foi esclarecido o intuito da pesquisa e seus mecanismos de desenvolvimento, houve o livre pronunciamento

²¹ Ver Apêndice A.

das assistentes sociais que demonstraram interesse e disponibilidade em participar do referido estudo. O único critério sinalizado para integrar a pesquisa foi de que estivesse atuando no hospital há, no mínimo, 2 anos, tendo em vista que a análise do presente TCC concentrou-se no processo de transição de gestão do HUB ora iniciado efetivamente em 2012. A partir dessa demanda, foi realizado contato pela estudante-pesquisadora junto às profissionais de modo a agendar o encontro e suceder às etapas que compuseram a pesquisa.

Por questões de disponibilidade e tempo hábil para a sua execução, de um universo de 10 assistentes sociais com mais de 2 anos de atuação no HUB, foi possível a pesquisa com 6 delas. Composta por dois momentos, conforme sinalizamos anteriormente, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deu-se início às seguintes etapas: preenchimento de um questionário estruturado²²; e entrevista que, orientada pelo roteiro semiestruturado²³, foi gravada a fim de possibilitar posterior transcrição.

As entrevistadas, que integram a equipe de assistentes sociais do HUB composta exclusivamente por mulheres, desempenham atuações em espaços distintos entre si dentro do hospital, o que permitiu uma apreensão mais ampla sobre suas percepções no que tange os efeitos da EBSEH desde sua implantação.

Seguem abaixo dois quadros demonstrativos referentes às duas primeiras perguntas constantes no questionário, onde delineia-se o perfil das entrevistadas e suas condições de vínculo com o hospital universitário.

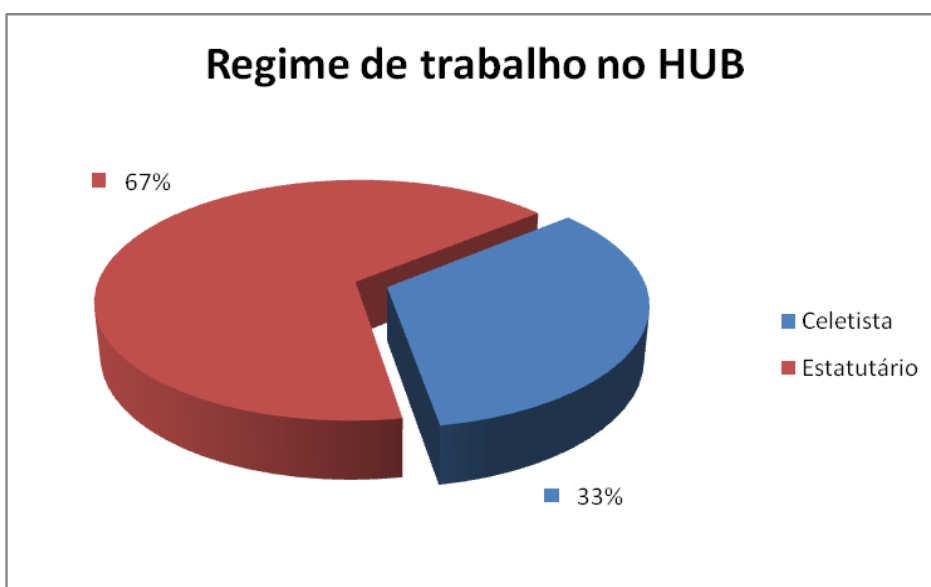


Gráfico 1 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

²² Ver Apêndice B.

²³ Ver Apêndice C.

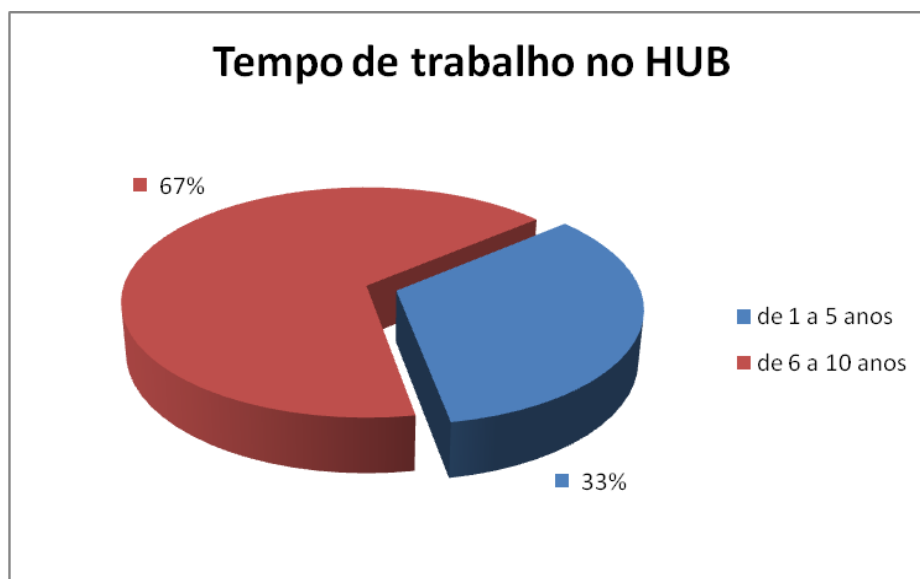


Gráfico 2 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

Embora a diferença entre o tempo de trabalho no HUB e o regime ao qual se vinculam ao hospital pudesse ser um fator determinante dividindo as opiniões sobre o processo de adesão à EBSEH, os dados refletem uma substantiva aproximação sobre a análise feita por essas profissionais a respeito do novo cenário que se instaura e que veremos adiante.

A terceira questão, direcionada a conhecer o posicionamento das assistentes sociais sobre o novo modelo de gestão incorporado ao HUB, refletiu a diversidade de avaliações feitas sobre a implementação da empresa, onde 50% afirmam discordar em parte com a proposta da EBSEH, 17% afirmam discordar totalmente, 16% concordam em parte e 17% não tem um parecer definitivo sobre este processo.

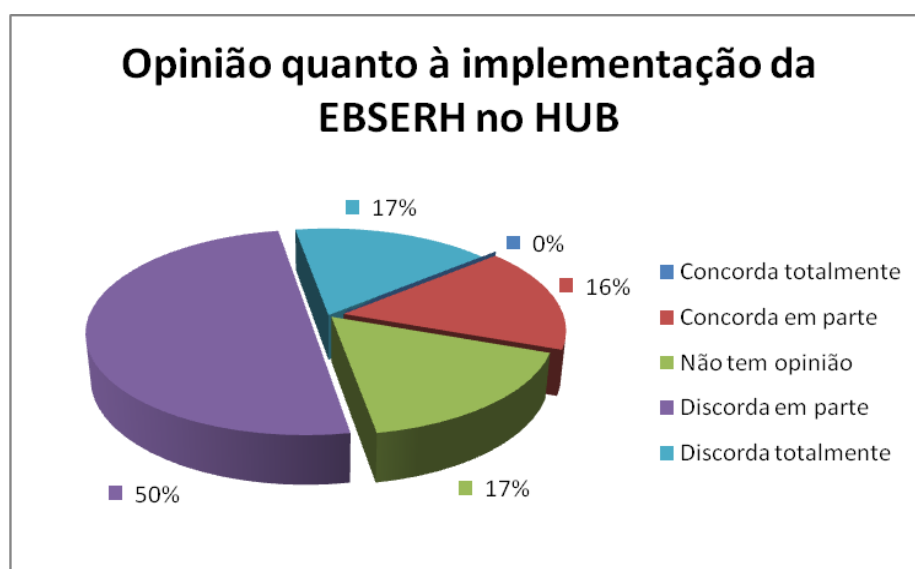


Gráfico 3 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

A principal argumentação que permeou as respostas citadas acima e que refletiu um descompasso no que tange à percepção coletiva sobre a empresa voltou-se ao fato de que todas ressaltaram a necessidade de mudanças estruturais no HUB, de modo a viabilizar seu pleno funcionamento. No entanto, discordavam com a forma com que estavam efetivando as transformações prescritas a partir da entrada da EBSEH.

Conforme apresentado no quadro a seguir, metade das entrevistadas relataram não ter percebido o amplo envolvimento dos diversos profissionais do HUB frente à possibilidade da EBSEH ser a nova gestora do hospital, enquanto 33% declaram terem ocorrido momentos de discussão, e 17% sequer tiveram conhecimento sobre a oportunidade de debater sobre a conjuntura que permeava o HUB.

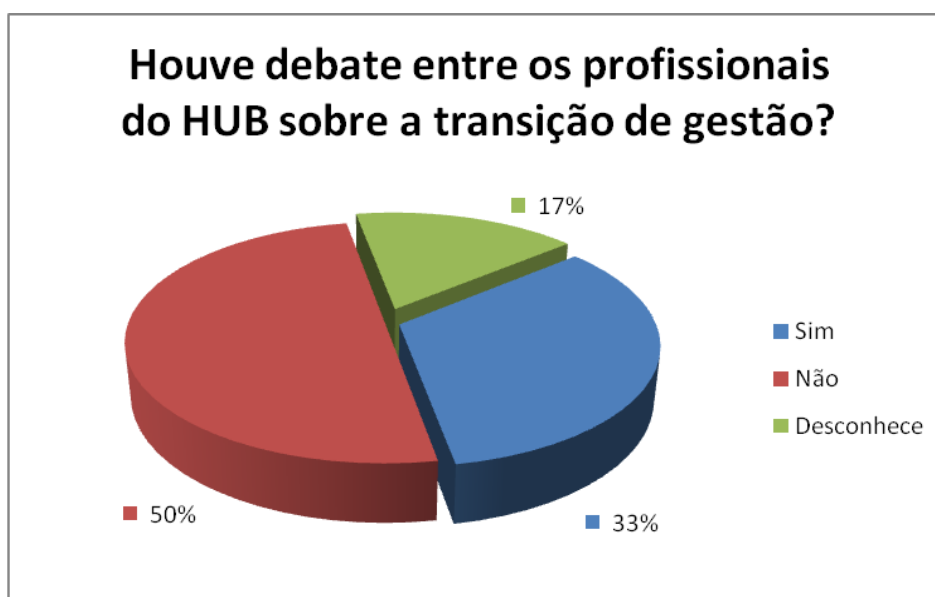


Gráfico 4 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

Com base nessas respostas, nota-se o movimento real de individualização dos fenômenos sociais empenhado pelo projeto neoliberal que consegue, a partir da recusa ao debate amplo e *passível de transformação*, corroborar para a fragilização dos vínculos entre os profissionais e seu consequente reconhecimento enquanto categoria inserida na luta de classes. As consequências sentidas são as vistas no próprio contexto do HUB que, por não ter viabilizado a articulação entre os diversos saberes, teve a adesão da EBSEH sem qualquer tipo de resistência massiva do corpo profissional devido a sua débil mobilização.

A quinta pergunta do questionário indagava sobre o envolvimento de instâncias organizativas, tais como sindicatos e associações, com o debate que ora se intensificava no HUB, especialmente no decorrer do ano de 2012, quando a proposta de um novo modelo de gestão assumir o hospital se fez ainda mais presente. As respostas apontadas abaixo destacam que 67% das entrevistadas reconheceram a presença de órgãos de representação durante o período de andamento das discussões, embora tenham ressaltado sua ação incipiente sobre os processos decisórios.



Gráfico 5 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

Quanto à organização da equipe de assistentes sociais do HUB, 83% afirmam não ter havido qualquer tipo de articulação política própria da categoria em se opor à empresa. Ademais, umas das entrevistadas registrou ter ocorrido, sim, envolvimento das profissionais em busca de conhecer o funcionamento e objetivo da EBSERH, porém não um posicionamento efetivamente contrário à sua entrada no hospital.

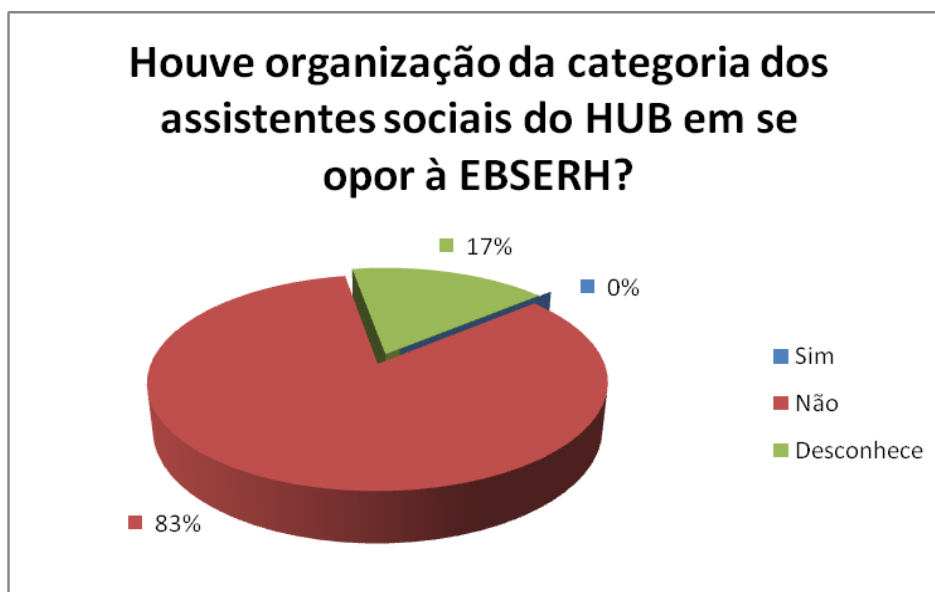


Gráfico 6 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

A sétima pergunta do questionário, ilustrada no gráfico a seguir, propunha uma avaliação por parte das profissionais quanto ao empenho das entidades de representação da categoria, tais como CRESS e CFESS, em abordar a temática de privatização do HUB em suas pautas de debate e reivindicações. Os resultados apontam que 83% avaliaram fraca a atuação destas entidades e 17% a definiram enquanto regular.

Cabe aqui problematizarmos a questão do papel dos Conselhos Regionais juntamente ao Federal, cujas ações "têm a função básica de orientar, normatizar, fiscalizar e disciplinar o exercício profissional, além de garantir o cumprimento aos princípios do Código de Ética Profissional respectivo"²⁴, mas que além disso configuram-se enquanto órgãos políticos que devem estar alinhados aos debates que permeiam os mais diversos espaços ocupacionais dos assistentes sociais tendo em vista sua essência representativa.

A exemplo do CFESS Manifesta de 10 de janeiro de 2014, a categoria demonstra seu claro posicionamento contrário à inserção da EBSEH nos hospitais universitários brasileiros, destacando a função desempenhada por tal empresa em dar continuidade ao projeto privatista. Conforme preconizado no documento deliberado no 42º Encontro Nacional do Conjunto CFESS-CRESS, realizado em setembro de 2013 em Recife, "participar, mobilizar e articular a luta contra a implantação da EBSEH nos hospitais universitários

²⁴ Disponível em: <<http://www.cressdf.org.br/cress/o-que-e-cress>>.

implica no compromisso ético-político dos/as assistentes sociais com a defesa dos direitos sociais e contra o projeto do capital na saúde e na educação."²⁵ Neste sentido, importa salientar o compromisso deliberado pela prioridade de ações conjuntas ao movimento popular de saúde no sentido contrário às privatizações e retrocessos instaurados pelas OSs, OSCIPs, EBSEH, dentre outros, no que tange a responsabilização do Estado na efetivação de políticas sociais públicas.

Neste sentido, os dados da pesquisa reforçam a preocupação e salientam a necessidade de fortalecimento destes espaços que, mais que representar, exercem funções políticas que tem desdobramentos diretos aos profissionais que as compõem e que, portanto, demandam o compromisso permanente com as transformações cotidianas que se estabelecem engendradas aos ajustes neoliberais.

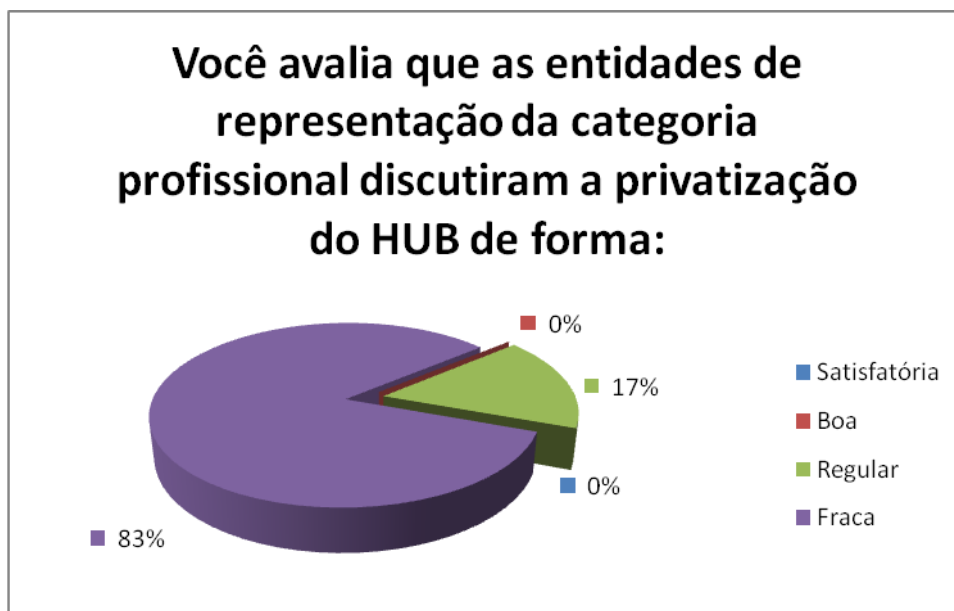


Gráfico 7 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

Ainda com base na primeira etapa da pesquisa, a última pergunta²⁶ problematizou a existência de mobilização entre os assistentes sociais do HUB com vistas a alcançar suporte político junto às entidades representativas da categoria à época da transição para a EBSEH. Os dados indicam que 67% não observaram a existência de tal movimentação e 33%

²⁵ Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2014cfessmanifesta-ebserh.pdf>>.

²⁶ Ver gráfico 8.

desconhecem os empenhos levantados enquanto grupo a fins de engajamento político frente a esta temática.

Apenas uma das entrevistadas salientou ter procurado o CRESS de forma autônoma e “sem compromisso” a fim de apenas conhecer o posicionamento do conselho perante a EBSEH, porém reforçou não ter vivenciado um envolvimento entre os próprios profissionais articulando-se enquanto grupo. A esse fenômeno ela atribuiu a condição de pouco conhecimento de todos sobre a empresa e seus desdobramentos dentro do HUB, pois "o debate sobre a empresa não foi constante. Falavam esporadicamente sobre ela, mas não pensávamos que sua entrada aconteceria de forma tão rápida e sem consulta aos profissionais do HUB. Falavam apenas de possibilidades e quando vimos já tinha sido assinado o contrato."



Gráfico 8 – Dados referentes à pesquisa de campo realizada pela estudante-pesquisadora.

A segunda parte da pesquisa concentrou-se no prosseguimento às entrevistas. O escopo de sua realização voltou-se a conhecer com maior propriedade o desenvolvimento do Serviço Social, especificamente nos espaços em que atuam as entrevistadas, vislumbrando perceber a conjuntura profissional já sob os impactos da gestão da EBSEH.

A primeira questão abordou como se desenvolve a interação entre toda a equipe dos assistentes sociais. Conforme observado, a avaliação das entrevistadas perfila um contexto fragilizado de envolvimento entre as profissionais.

A interação, falando de uma forma geral, ela é limitada. Existe troca quando realmente surge uma demanda bem específica de algum acompanhamento do paciente ou da família, mas não é uma rotina ter uma interação. Apesar de toda semana a gente ter uma reunião que é mais administrativa, na verdade, do que em relação ao próprio serviço. (Entrevistada 3)

Em análise sobre as percepções analisadas, constatamos que esse é um fator determinante para um engajamento político possível entre o corpo profissional frente às novas demandas que emergem a exemplo do projeto privatista. Segundo uma das entrevistadas, "eu acho que esse é o grande nó da gente não ter se organizado, ter agido de forma mais concreta e política com relação à entrada da empresa aqui porque nós somos desorganizadas como grupo." (Entrevistada 4).

Várias das entrevistadas fazem referência ao fato de que por atenderem em setores diferentes, acreditam que este seja um elemento que contribua para o distanciamento enquanto grupo. Segundo Iamamoto (2012), a mobilização entre os assistentes sociais é um instrumento fulcral para a legitimação dos direitos, pois é por meio de seu papel político que estes profissionais reafirmam seu compromisso junto à classe trabalhadora e, reconhecidos enquanto classe, empenham-se contra as novas expressões do neoliberalismo.

Indagadas sobre seus públicos-alvo, afirmam que por estarem inseridas em áreas distintas dentro da própria estrutura do HUB, por conseguinte atuam junto às populações extremamente diversas que demandam o serviço da assistente social por conjecturas amplamente variadas. Neste sentido, as respostas refletem um corpo profissional que atua diretamente com demandas de crianças, adolescentes, adultos e idosos em todas as fases da vida que, no acesso à saúde, expressam necessidades de orientações quanto aos seus direitos, encaminhamentos à benefícios, esclarecimentos sobre políticas sociais dentre outras atribuições dos assistentes sociais.

Ao serem questionadas se o trabalho na própria área desenvolve-se por equipe multiprofissional, muitas responderam afirmativamente: "Sim, totalmente". (Entrevistada 5); "Completamente". (Entrevistada 6); "Sim. Temos uma equipe multi que funciona bem". (Entrevistada 4); "Com certeza" (Entrevistada 3). Já outras fazem referência às ações pontuais ou sua própria inexistência:

Eu diria que algumas vezes requer ações multiprofissionais, mas não temos uma continuidade de trabalho multiprofissional não. Em alguns momentos a gente conta com algumas ações multiprofissionais que são mais de proximidade com a nutrição, psicologia, mas são ações, e não um trabalho contínuo, com ênfase e esquematizado. (Entrevistada 1)

Não. Uma das minhas frustrações é que aqui me sinto muito sozinha porque não tenho *link* com uma equipe. Eu, às vezes, quando surge uma demanda, vou atrás do médico, discuto a situação, proponho um estudo, a gente pensa o que fazer. Mas eu aqui fico muito isolada e eu sinto falta disso, de interagir com uma equipe. (Entrevistada 2)

Evidenciamos o fato de que atuar por meio da multidisciplinaridade constitui-se, especialmente ao Serviço Social, ferramenta relevante para uma atuação que efetivamente compreenda os fenômenos em sua integralidade e correlação com a estrutura social na qual se insere. Neste sentido, cumpre destacar parte da resolução do CFESS nº 557/2009, de 15 de setembro de 2009, onde consta que

o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida.

Desta forma, consideramos que a carência de um trabalho multidisciplinar qualificado e estruturado em alguns setores da unidade de saúde pode ocasionar diferentes impactos negativos: para a população atendida, “fragmentada” pela abordagem unilateral de diferentes especializações em saúde; para os profissionais, que atuando isoladamente se veem menos motivados para refletir acerca de seu fazer; e, cabe destacar, impactos políticos, cuja não articulação das equipes coíbe a mobilização sobre a organização e gestão institucional.

Quanto ao respeito dos demais profissionais às atribuições dos assistentes sociais previstas na Lei nº 8662/1993, todas as entrevistadas relataram terem seus trabalhos reconhecidos e aceitos, embora por vezes seja necessário o esclarecimento do que vem a ser função deste profissional.

Sim. Eu estou aqui há 3 anos e meio, mais ou menos, e fui conquistando um espaço de reconhecimento. Hoje posso dizer que o Serviço Social está bem estruturado neste setor. (Entrevistada 6)

Sim. Conhecem as atribuições, respeitam e comumente chamam inclusive para discutir casos. É muito raro eu ser solicitada para fazer algo que não compete a nossa profissão. Raro mesmo e às vezes é devido ao próprio desconhecimento. (Entrevistada 5)

Respeitam. Porque tudo que a gente faz aqui a gente conversa muito. O atendimento com família, por exemplo, quando tem caso que é raro, mas suspeita de negligência, de violência, tudo é muito bem conversado. Se eu digo para a equipe, que têm residentes e profissionais da medicina, enfermagem, de qualquer outra área que chegam trazendo um caso para mim com um olhar deles de que está tendo violência e que precisa ser encaminhado à justiça, várias vezes eu faço o estudo e é respeitado o meu parecer de talvez no momento não encaminhar. Converso junto com o

psicólogo, terapeuta ocupacional, com qualquer outro da equipe e isso é, sim, respeitado. (Entrevistada 3)

Por desconhecer qual é o trabalho do Serviço Social, às vezes me questionam coisas que não existem. Mas a minha luta há 5 anos é estar lembrando a eles e aos pacientes qual é a atribuição do Serviço Social porque nós tínhamos o objetivo de montar um serviço que no início todos faziam de tudo um pouco, mas que agora por estar firme é que estamos começando a definir melhor os papéis específicos de cada um. (Entrevistada 4)

A nutrição e a psicologia, que são colegas que geralmente atendem às clínicas próximas, me tratam como parceira, buscam a minha opinião e elogiam muito o meu trabalho, pois já observaram o meu atendimento. Então eu percebo que respeitam sim. (Entrevistada 2)

Eles respeitam algumas ações quando a gente se impõe, mas geralmente o que não afeta o serviço das outras áreas, sobra pro Serviço Social. "Ah, isso aqui não é do médico, não é da enfermagem, não é da nutrição, então de quem é? Chama pra assistente social." E geralmente são problemas. (Entrevistada 1)

O cenário apresentado pelas assistentes sociais reflete um conflito histórico da profissão, onde por vezes é preciso reafirmar o distanciamento existente entre as ações profissionais do caráter caritativo arraigado à imagem do Serviço Social, ressaltando as competências e atribuições constantes nos Art. 4º e 5º da Lei de Regulamentação da Profissão.

No que se refere à autonomia para desempenhar as atividades previstas, as respostas de todas as entrevistadas foram afirmativas. Ainda que com a entrada da EBSERH possam surgir novos limites para esta atuação, os resultados refletem que até o momento não foram sentidas mudanças neste sentido.

Eu sinto que tenho, sim, essa autonomia e consigo desenvolver minhas atividades. Eu me sinto à vontade aqui de chegar a demanda, pensando de que forma posso estar fazendo as orientações e os procedimentos. A EBSERH até agora não afetou o meu trabalho. (Entrevistada 2)

Quando a gente chegou não tínhamos essa autonomia não, nós fomos construindo, desenvolvendo essa autonomia na medida que fomos conversando e mostrando alguns serviços. (Entrevistada 1)

Raichelis (2011) ressalta que o trabalho do assistente social sustentado e orientado pelo projeto ético-político traz consigo a exigência de um profissional preparado a executar um trabalho complexo, social e coletivo, cujas intervenções sejam capazes de defender projetos que ampliem direitos, espaços de trabalho e preservação de sua *autonomia* técnica. No entanto, destaca que no mesmo movimento que exige um profissional protagonista em suas ações e compromissos, há o processo dialético de aprofundamento da precarização dos

vínculos e das condições de trabalho em que o assistente social, envolto de processos de alienação, depara-se no seu fazer com a restrição de sua autonomia.

Questionadas sobre sentirem-se valorizadas enquanto assistentes sociais do HUB, essa foi uma questão que dividiu opiniões. Embora metade das respostas tenham sinalizado positivamente, em várias falas percebemos ressalvas que destacam, principalmente, situações em que torna-se necessário ressaltar o que vem a ser o papel do assistente social, sendo este fator que gera incômodo.

Para ser bem sincera eu sinto. Não sei se porquê pelos locais que eu já passei sempre fui respeitada. O profissional tem que se impor em determinados momentos. Você vai ouvir e receber em alguns momentos coisas que são absurdas, que não tem nada a ver com o que a gente faz, então você vai lá e se impõe nesse sentido, explicando que naquele momento você não pode intervir porque não compete ao seu trabalho, mas ao mesmo tempo pensa em possibilidades de atendimento. É como você tenta se colocar dentro da equipe que faz toda a diferença porque se não se colocar dessa forma, ao invés de ganhar espaço, ao contrário, você vai perder porque as próximas demandas podem até ter a ver com o Serviço Social, mas vão dizer para não chamar o Serviço Social porque em determinado momento você não fez o que eles queriam. Mas por você ter explicado o que o que a gente faz, vão requerer seu atendimento. Não é só atender o telefone e dizer 'isso não é minha área'. É preciso às vezes ir lá, ver de perto a demanda e explicar que naquele momento não é possível ajudar, mas num outro pode ser que seja possível contribuir no atendimento, desde que seja nossa área porque muitas vezes as pessoas não tem conhecimento do que é que a gente faz. (Entrevistada 3)

Na relações que a gente foi desenvolvendo com as outras categorias profissionais sim. Nas relações em âmbito institucional fora do HUB também, com a Universidade de Brasília também a partir do estágio, da residência multiprofissional. Mas, ao mesmo tempo, tem algumas reivindicações que são próprias da categoria como infraestrutura, de equipamentos que são próprios das nossas necessidades que em alguns momentos a gente ainda se sente desrespeitado. É um processo que a gente vai lidando no cotidiano profissional que são batalhas do dia a dia. (Entrevistada 1)

Me sinto valorizada enquanto assistente social no local em que trabalho. Tenho uma boa resposta da equipe. Me sinto valorizada pelos demais profissionais das outras áreas, muito mais do que pela minha própria área. E reconhecimento não pela eficiência do meu trabalho, mas sim por respostas em relação ao cuidado do paciente. (Entrevistada 5)

Já a outra metade das respostas refletem certo grau de insatisfação:

Não. Eu até digo que aqui, no meu setor, é o meu porto seguro. Gosto muito da equipe e do meu local de trabalho, mas enquanto profissional do HUB não me sinto valorizada. Pelo contrário, me sinto discriminada por conta do vínculo de trabalho. Tem algumas situações em que é preciso sair do meu setor e fazer algo em outro lugar e as pessoas olham o seu crachá para saber qual o seu vínculo. Dependendo do seu crachá eles te tratam de uma forma, então é preciso sempre estar se impondo e isso é uma coisa desgastante. (Entrevistada 6)

Não, por conta das relações. Existem algumas situações que eu vejo que eu não consigo ter esse olhar, esse respeito como profissional, acredito que por ser do Serviço Social e do que a gente faz. (Entrevistada 2)

Sendo bem sincera, com essa gestão não. Essa gestão não valoriza o trabalho do Serviço Social e ela faz questão de falar isso no microfone todas as vezes, que esse Serviço Social daqui é mole, que não tem projeto, não mostra a que veio. Ela não consegue visualizar que este grupo seja importante para o hospital. Não consegue visualizar as nossas ações e projetos dentro do hospital. (Entrevistada 4)

Um elemento que não pode ser descartado, mas que se faz necessária sua análise, é o fato de duas, das três respostas negativas quanto à valorização serem de profissionais contratadas por vínculos precarizados, regidos pela CLT. Este cenário reflete com propriedade o que sinalizamos anteriormente²⁷, onde convivem num mesmo espaço de trabalho profissionais com diversas condições de contratação, o que corrobora para a fragilização do reconhecimento enquanto categoria. Com a entrada da EBSEH as experiências demonstram que no presente momento existem três tipos de vínculo no âmbito do HUB: os estatutários, cedidos pela FUB para atuar junto aos hospital; os celetistas aprovados em recente concurso da EBSEH; e os terceirizados, contratados por vínculos precarizados que encontram-se em amplo processo de demissão.

No que diz respeito à avaliação das entrevistadas sobre a implantação da EBSEH, obtivemos respostas que destacaram principalmente: a empresa enquanto uma proposta introjetada no HUB sem consulta aos profissionais que a compunham; uma adesão incorporada de forma hierárquica sem participação dos sujeitos usuários da saúde (profissionais, usuários e estudantes); um movimento recente que ainda não demonstrou transformações profundas no fazer profissional dos assistentes sociais, mas que já teve implicações nas relações entre equipe devido ao profundo processo de demissões dos antigos contratados; uma experiência que tem iniciado investimentos em estrutura física, mas que em contrapartida tem gerado um descontentamento entre os profissionais.

Das respostas, 67% demonstraram insatisfação quanto à forma com que se deu a entrada da empresa e o seus atuais desdobramentos mais latentes:

Ao meu ver, deveria ter sido feita de outra forma tendo buscado fazer um levantamento do pessoal do contrato e dos vínculos que existem e ir fazendo por partes, dentro de um prazo determinado. E não entrar mudando tudo de uma vez porque tem causado muitos transtornos para todos os profissionais e para os pacientes também. (Entrevistada 6)

²⁷ Ver tópico 3.2.

É aquilo que eu te falei. É uma coisa muito recente, eu ainda não tenho uma visão do todo. Está muito novo, não dá para avaliar muito ainda. Mas posso dizer que não teve uma preocupação, foi colocada de cima para baixo, numa hierarquia porque não chegou, não discutiu. Eu vejo dessa forma. (Entrevistada 2)

Eu diria que a EBSEH faz parte de um contexto de gestão do governo federal e ela foi uma estratégia de governo que tá dentro da política do próprio governo. Ela se apresenta como uma saída para a chamada "desestruturação dos hospitais universitários", mas na verdade ela utiliza do recurso público, dos recursos humanos da universidade, então porque a gestão se dava antes sem precisar de uma empresa? Ela foi montada de fora para dentro. As discussões quando se deram foram para apresentar a EBSEH, e não para construir uma gestão, o que não teve participação dos trabalhadores, dos usuários dos serviços, das pessoas envolvidas para construir um modelo de gestão que pudesse melhorar os serviços do hospital. Eu diria que ela veio de cima para baixo não respeitando os maiores interessados. (Entrevistada 1)

Para mim, até o momento eu continuo dizendo que é ainda algo pouco conhecido. Em relação a como vai ser de fato daqui pra frente, se está sendo bom ou de como vai ser, eu não me sinto à vontade para dar uma opinião de forma concreta por ser muito recente. Na época não perguntaram se as pessoas daqui queriam a EBSEH, mas colocaram informações de como iria acontecer e no final de 2012 foram feitos alguns questionários sobre a sua área de atuação, de qual contrato de trabalho você fazia parte, se tinha interesse de continuar ou não, ou se não sabia, de continuar após a implantação da EBSEH. Inclusive teve uma época que para mim foi um tempo de crise quando saiu de fato uma lista com todos os profissionais que não ficariam mais no HUB porque isso mostrou que não levaram em consideração as perguntas que nos tinham feito antes. Eu tive que fazer documentos, de ter que levar lá na reitoria, para ser colocado à disposição da FUB. Depois que eles perceberam que haveria um esvaziamento do HUB decidiram voltar atrás. Eu ouvi isso do diretor aqui no auditório. (Entrevistada 3)

Já as outras 33% demonstram expectativa na EBSEH enquanto uma alternativa de efetivamente trazer melhorias dentro do Hospital Universitário de Brasília, apesar de já sentirem impactos desde sua adesão:

Eu acredito que o Hospital precisava de um modelo de gestão diferente do que estava, principalmente, por conta da questão do financiamento. Eu acho que precisava de uma mudança. A EBSEH num primeiro momento vem para tentar resolver essa questão, com a proposta de regularizar o quadro de funcionários, garantir continuidade nos serviços, tirar essas pessoas dessa situação de vulnerabilidade em que estavam e propor um modelo de gestão e atender às necessidades do hospital para que ele continuasse a existir. A tendência hoje é que sejam criadas mais EBSEHs, outras empresas como ela. Como ela se estruturou, como ela está se organizando, a forma como ela está contratando as pessoas não é a ideal, acho que vai contra. Há uma ameaça de desconstruir o SUS, mas ela entrou para gerenciar. Infelizmente nós temos que entrar num momento que precisamos pensar como mercado mesmo, porque se não nós não vamos viver enquanto Hospital Universitário. Acho que a EBSEH veio como uma proposta de uma mudança, o modelo não é ideal, isso é fato, mas já que ela está aí vamos ver o que vai acontecer com esses trabalhadores que estão entrando. (Entrevistada 5)

Está sendo importante porque pela primeira vez, em 10 anos que eu estou aqui, estão tendo mudanças estruturais que a gente precisava há muito tempo e trabalhávamos precariamente porque não tinha. Estrutura física, sala, equipamentos. No nosso caso, ficamos 2 anos improdutivos, trabalhando abaixo da média, porque um equipamento

que é obrigatório, ficou quebrado. Agora compraram 3 equipamentos novos e começamos a trabalhar na nossa média de atendimentos com a intenção de melhorar o serviço. Do ponto de vista de estrutura está melhorando porque o HUB não tinha há anos investido nisso. Trabalhávamos com o que tinha. A sorte do HUB é que as pessoas amam o que fazem e fazem muito bem feito o que fazem por amor. Eu estou sentindo que a EBSEH entrou investindo em estrutura, mas eu tenho visto que as pessoas têm ficado tristes, desmotivadas, e eu não sei o porquê. Que impactou, impactou. Não sei se é porque estão sabendo que alguns profissionais irão sair, então a equipe acaba sentindo também que vai perder gente boa, que o serviço não vai ser o mesmo depois da saída desses profissionais. (Entrevistada 4)

Nota-se, portanto, preocupações que emergem dos próprios profissionais que tem vivenciado o processo de transição de gestão empenhado pela EBSEH. Isto demonstra sua consonância com muitas das problematizações levantadas pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, em seu documento intitulado *Manifesto em Defesa dos Hospitais Universitários como Instituições de Ensino Público-Estatal, vinculadas às Universidades, sob Administração Direta do Estado*, elaborado antes mesmo das adesões à empresa terem seu início.

Cabe elucidar que neste documento constam apontamentos que manifestam a posição contrária dos defensores do SUS frente à EBSEH, onde a reconhecem enquanto uma afronta: ao caráter público dos HUs; à autonomia universitária; um risco à independência das pesquisas realizadas nestes espaços; uma maneira de flexibilizar os vínculos de trabalho e corroborar para o fim do concurso público; além de trazer prejuízo à população usuária dos serviços da saúde.

Indagadas se sentiram mudanças significativas no trabalho profissional deste a entrada da EBSEH, a maioria afirma ainda não ter percebido o surgimento de novas exigências profissionais especialmente voltados ao Serviço Social.

No sentido positivo, impactou porque estávamos parados e agora estou me sentindo bem de novo porque voltamos a produzir, a atender os pacientes. Impactou bem no meu serviço porque eu tornei a me sentir produtiva. *A gestão anterior precisou mostrar que estava sucateada para mostrar que a EBSEH era uma coisa boa. O que eles fizeram? Sucatearam alguns setores e serviços. E agora com a entrada da empresa começaram a retomar o funcionamento. Do ponto de vista negativo é a pressão da empresa querendo cobrar padrão fordista aqui de funcionário, principalmente ao Serviço Social. Serviço Social não tem a mesma sistemática da área médica e nem pode ter. Não adianta querer me fazer atender 5 pacientes por minuto porque o Serviço Social não é só conversar, anotar num papel e acabou. Tem desdobramentos de serviços que às vezes duram dias dependendo da questão que a gente esteja trabalhando. Essa que tem que ser a união da nossa equipe, mostrar que o nosso atendimento não se encerra em 10 minutos, 20 minutos. (Entrevistada 4, grifo nosso)*

Em relação a minha proposta de trabalho está exatamente a mesma coisa. Não precisei mudar em nada o meu processo de trabalho. O que acontece é que tem

algumas dificuldades pela questão de entrada e saída de profissionais, esse momento de transição que está gerando impacto. Então menos gente entrando, atividades que estão suspensas, mas acredito que no meu processo de trabalho momentâneo porque são atividades que vão ter que ser retomadas. (Entrevistada 5)

No entanto, salientam os impactos encarados nas ações multiprofissionais em decorrência da saída de antigos funcionários e entrada de novos.

A gente estava sem neuropsicóloga e entrou uma, a gente estava sem fisioterapeuta e entrou um no lugar que está acompanhando em vários atendimentos. Então até o momento melhorou a equipe. Até agora permanece como era antes. Mas como está em transição, não temos como saber ainda. A única preocupação que acredito que seja geral é que, por ser um contrato regido pela CLT, a rotatividade dos profissionais pode ser algo que venha a acontecer ou prejudicar, mas até agora está ótimo o funcionamento da equipe. A diferença de contrato entre CLT e estatutário é um problema que já existia antes da EBSEH e que pode ser agravado, mas ainda não observamos isso. (Entrevistada 3)

A da equipe multidisciplinar sim devido à incerteza de alguns integrantes da equipe estarem saindo. Isso altera porque as pessoas se sentiram desmotivadas, deixaram de fazer planos, planejamentos. Isso realmente afetou. Em relação ao Serviço Social também pelo mesmo motivo, acredito que essa insegurança gera uma quebra na continuidade do trabalho mesmo. (Entrevistada 5)

A entrevistada 1 faz alusão à ótica mercadológica propagada nos discursos da empresa. Segundo ela, as possíveis mudanças que possam vir junto à EBSEH ainda são uma incógnita devido seu tenro desenvolvimento, mas ressalta que "já dá para perceber que algumas mudanças quebram um pouco com a nossa rotina de trabalho. Como é pensado hoje, o trabalho vai se concentrar em torno da doença, o que na realidade reflete um caráter tanto quanto mercadológico."

Questionadas sobre possíveis mudanças nas relações interprofissionais a partir da chegada da empresa, todas as entrevistadas sinalizaram que por ser um fenômeno recente, ainda não foi possível perceber mudanças significativas. Todavia, uma das entrevistadas registrou uma fala incisiva sobre este assunto.

O que mudou foi o organograma, por exemplo, que nós deixamos de ter a divisão de cada área, mas a Medicina e a Enfermagem por exemplo não, o que reflete uma hierarquia que passou a se estabelecer. Os outros profissionais nesse novo modelo ficaram juntos, em unidades conjuntas, para atender às demandas dessas áreas, dessas chefias. (Entrevistada 1)

Os dados levantados retratam um contexto de hospital universitário que enfrenta transformações em seu quadro de profissionais, em termos de estrutura física, e em alocação de recursos. Seus desdobramentos podem ser sentidos especialmente entre as equipes que tem encarado novos limites devido às demissões e lenta entrada dos novos profissionais. Devido

às modificações que se instauram, os principais afetados são os usuários da saúde, em que por vezes tem o acesso limitado aos serviços devido à escassez de profissionais.

Outro aspecto que nos chama atenção é o retorno à ênfase da perspectiva biomédica de saúde na estrutura dos serviços, com nítida valorização das especializações da área médica, corroborando para o distanciamento das especialidades multiprofissionais em saúde e a identidade entre as demais profissões. Deste modo, nos questionamos a respeito da aproximação da organização dos serviços como feito pela EBSEH e o proposto anteriormente pelo ato médico. Neste segundo, aonde se pressupõe ser privativa do médico a chefia dos serviços constituindo uma hierarquização, evidencia-se a subordinação de outras categorias profissionais ao trabalho.²⁸

²⁸ Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002 e o Substitutivo da Câmara ao Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002 (nº 7.703, de 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos analisar, o neoliberalismo – como padrão de regulação estatal que incide sobre a reprodução dos indivíduos em sociedade – tem impactos diretos no fazer profissional dos assistentes sociais. O paradigma neoliberal, como estratégia de manutenção de sua supremacia, utiliza-se de mecanismos que interferem diretamente no acesso a direitos pelos usuários, restringindo sua aproximação às políticas sociais e contribuindo para uma ação estatal focalista e fragmentada. O Estado, ao repassar suas funções à sociedade civil, exime-se de seu papel provedor contribuindo para a individualização das relações sociais e desmonte da essência política que as permeiam.

Nestes termos, importa analisar que naturalmente seu desenvolvimento tem implicações diretas na intervenção dos assistentes sociais que, atuantes em esferas de efetivação de direitos, veem-se confrontados por lidarem intimamente com as desigualdades ocasionadas nestes espaços, frutos da contradição estabelecida entre o capital e o trabalho.

A EBSEH, definida como empresa prestadora de serviços, se expressa enquanto uma ferramenta política de favorecimento do mercado por meio da expansão e estímulo ao projeto privatista empenhado pelo Estado, mas também se destaca por sua perspectiva lucrativa, tendo como essência o caráter de rentabilidade econômica expressa na mercantilização da saúde e da educação.

Os resultados da pesquisa refletiram a percepção das entrevistadas sobre a EBSEH enquanto uma ação que foi implantada e acordada de forma silenciosa no HUB devido a não divulgação ampla sobre a pauta da empresa no CONSUNI, o parco envolvimento da comunidade universitária e, sobretudo, dos profissionais do hospital neste debate. Em razão deste contexto, tornou-se uma incógnita para as profissionais avaliar com profundidade como tem sido o desempenho da EBSEH ao longo de seu desenvolvimento e os possíveis desdobramentos com ela advindos, tendo em vista a limitada apreensão de suas propostas e funcionamento à época de sua implementação.

Uma vez que este cenário de discreta coerção assolou todos os trabalhadores do HUB, importa assinalar este fenômeno como uma realidade que não se restringiu ao Serviço Social, mas que se estendeu às demais profissões e evidenciou-se na postura do sindicato dos servidores - o SINTFUB que, mesmo tendo sinalizado posicionamento contrário à adesão à

empresa, não conseguiu mobilizar seus sindicalizados estabelecendo uma resistência profícua à entrada da EBSEH.

No que diz respeito à equipe do Serviço Social, elencamos alguns fatores considerados prejudiciais para a mobilização e posicionamento diante da EBSEH. O primeiro diz respeito às entidades organizativas da categoria profissional. A análise feita sobre as instâncias de representação da categoria demonstraram que a incipiente ação do CRESS em pautar o debate sobre a EBSEH no DF foi mais um elemento que dificultou a interlocução e aproximação entre os assistentes sociais de modo a construir coletivamente um posicionamento incisivo ante a adesão à empresa. Apesar do posicionamento público do CRESS quanto ao assunto através do “CRESS Manifesta contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares”, este documento não foi devidamente trabalhado e discutido nos respectivos espaços sócio-ocupacionais.

O segundo elemento se revela na fragilidade de articulação da equipe de Serviço Social enquanto grupo. Consideramos que este fato é ocasionado principalmente pela divisão setorializada das profissionais no hospital, o que faz com que as assistentes sociais se reconheçam nas equipes multiprofissionais as quais integram, em detrimento da própria equipe do Serviço Social, o que limita a construção de uma identidade profissional. Conforme assinalado nas transcrições, embora existam reuniões periódicas entre a equipe, as ações conjuntas voltadas ao Serviço Social se dão de forma muito pontual, girando em torno de demandas imediatas de seu serviço, corroborando para uma não reflexão coletiva sobre a instituição e seu percurso de transformações.

Embora as profissionais ressaltassem a dificuldade de pontuar grandes mudanças sentidas no fazer profissional, destacaram uma preocupação evidente com a chegada da EBSEH: a possível rotatividade de profissionais, o que traria prejuízos diretos aos usuários da saúde. Tal afirmação se deu pela saída e entrada de profissionais de suas equipes em decorrência dos vínculos de contrato, onde terceirizados tem sido demitidos e novos aprovados em concurso admitidos, convivendo no mesmo espaço ambos os vínculos de trabalho junto aos funcionários estatutários, o que, de certo modo, afeta os atendimentos, e provoca entre os mais precarizados considerável desconforto.

Neste sentido, cabe destacar que a EBSEH, apontada enquanto solução para as crises dos hospitais universitários tem, na verdade, contribuído para a intensificação das vicissitudes em voga. Embora seus rebatimentos ainda não demonstrem profundos agravos sentidos no

Serviço Social, a regularização dos vínculos de trabalho enquanto principal função da empresa mostram-se como um problema já palpável no HUB, além da preocupante hierarquização dos serviços na perspectiva biomédica. Sendo assim, observa-se que a empresa não cumpriu até o momento a principal meta a que veio, ou seja, assegurar direitos trabalhistas aos seus empregados.

Outro elemento a se ressaltar é a ênfase no vínculo afetivo estabelecido com o trabalho desenvolvido no HUB visto na análise das falas das entrevistadas. Consideramos este fato comprometedor para uma análise política do que significa o próprio hospital enquanto instituição de produção de conhecimento, formação acadêmica e prestadora de serviços da saúde. Por conseguinte, observou-se a debilitada objeção das assistentes sociais ante a proposta da EBSEH enquanto melhor alternativa para superação da crise instaurada no HUB, não tendo havido qualquer outro horizonte de proposição de possibilidades por parte da equipe enquanto um corpo profissional.

A partir do desenvolvimento do presente estudo tornou-se possível a compreensão de que apesar da temática de privatização da saúde ser uma pauta de reivindicação dos movimentos sociais, adensada e apoiada pela categoria dos assistentes sociais atualmente, este tem sido um assunto pouco aprofundado pelo Serviço Social em seu cotidiano nas instituições de saúde.

Dito isto, cabe-nos perceber os desafios colocados a esta categoria que, frente às transformações societárias, é incitada a fortalecer seu projeto ético-político enquanto instrumento de defesa para o enfrentamento da questão social. Isto requer o aprofundamento crítico que se faz presente no seio profissional do Serviço Social, colocando-se na contracorrente dos retrocessos em curso e reafirmando seu compromisso com as lutas sociais, sua vinculação à perspectiva de classes e ao horizonte social calcado na emancipação humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. A Chama em Meu Peito Ainda Queima, Saiba! Nada Foi em Vão...(Depoimento) In: **Seminário Nacional: 30 anos do Congresso da Virada**. Brasília: CFESS, 2012.

AGUIAR, Zenaide Neto. **Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ANDERSON, Pierry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BARROCO, Maria Lucia S. Desafios do Projeto Ético Político: o enfrentamento do neoconservadorismo. In: **Seminário Nacional: 30 anos do Congresso da Virada**. Brasília: CFESS, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, novembro de 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 12. abr. 2014.

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas de educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto- nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 5 mai. 2014.

_____. Lei nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7661.htm>. Acesso em: 8 abr. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007

BRAVO, M. I. S. (Org.) et al. **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, de 13 de março de 1993. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf >. Acesso em: 1 mai. 2014.

_____. Resolução CFESS nº 383/99 de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em:< http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2014.

_____. Resolução CFESS nº 557/2009, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direto do Estado:** contra a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários (HUs) do Brasil. 20 de março de 2012. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contra-ebserh-leia-informe-se.html>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

_____. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -**

EBSERH. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no capitalismo. In: **Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Ano II, n. 3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____.IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MARX, Karl.; ELGELS, Friedrich. **O manifesto do partido comunista**. Prólogo de José Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MENDES, J. M. R. et al. **Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS**. Porto Alegre: Textos & Contextos, v. 10, n. 2, p. 331-344, ago./dez. 2011.

MÉSZÁROS, István. Desemprego e Precarização: um grande desafio para a esquerda. In: **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil** / Ricardo Antunes (Org). São Paulo: Boitempo, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social – Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XVII, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

NEVES, Daniela. **Economia Solidária e Serviço Social no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete (et al.) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: *O impacto da EBSEH no fazer profissional dos assistentes sociais inseridos no Hospital Universitário de Brasília* sob a responsabilidade de Rafaela Bezerra Fernandes, aluna de graduação da Universidade de Brasília e orientanda da Prof.^a Me. Morena Gomes Marques Soares. Esta é uma pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no curso de Serviço Social da Universidade de Brasília e tem como objetivo conhecer como tem se desenvolvido o fazer profissional dos assistentes sociais após a implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista e preenchimento de breve questionário sendo ambas as atividades realizadas nas dependências do Hospital Universitário de Brasília com o auxílio da estudante responsável pela condução da pesquisa que lhe prestará todas as informações necessárias e esclarecerá as dúvidas que possam existir. Esclareço ainda que este termo gera duas vias: uma cópia será entregue a você e a outra ficará com a pesquisadora. As gravações das entrevistas ficarão sob a guarda da referida aluna, responsável pela pesquisa. Ao fim do trabalho de conclusão de curso, o mesmo será socializado com todos os envolvidos.

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa intitulada: *O impacto da EBSEH no fazer profissional dos assistentes sociais inseridos no Hospital Universitário de Brasília*. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela referida estudante sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o mais rigoroso sigilo das informações e a omissão total de quaisquer dados que permitam identificar-me. Além disso, foi-me assegurado o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer prejuízo.

Assinatura do(a) participante: _____ E-mail: _____

Brasília, ____ de _____ de 2014.

Dúvidas: E-mail: rafaellabeferr@gmail.com | Telefone: (61) 8114-1525

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados – Questionário Público-alvo: Assistentes Sociais do Hospital Universitário de Brasília

Nome:	
Email:	Telefone:
Setor em que atua no HUB:	

1 - Seu trabalho se desenvolve sob qual regime?

☐ Celetista ☐ Estatutário

2 - Há quantos anos trabalha no HUB?

☐ de 1 a 5 anos

☐ de 6 a 10 anos

☐ de 11 a 15 anos

☐ mais de 16 anos

3 - Diante do cenário de implementação da EBSEH no Hospital Universitário de Brasília, no que diz respeito a este novo modelo de gestão, você:

Discorda totalmente	Discorda em parte	Não tem opinião	Concorda em parte	Concorda totalmente
------------------------	----------------------	--------------------	----------------------	------------------------

Porque?

4 - A transição de gestão foi debatida previamente entre os profissionais do HUB?

☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

5- Ocorreu envolvimento de instâncias organizativas (sindicato, associações...) no debate sobre a EBSEH?

☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

6 - Houve organização da categoria dos assistentes sociais do HUB em se opor à EBSEH?

☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

Se sim, de que forma? E se não, porque?

7 - Você acredita que as entidades de representação da categoria profissional tais como CRESS e CFESS contemplaram a temática de privatização do HUB em suas pautas de debate e reivindicações de forma:

Fraca	Regular	Boa	Satisfatória
-------	---------	-----	--------------

8 - Durante o processo de transição para a gestão da EBSEH os assistentes sociais do HUB, ou alguns destes, buscaram suporte político junto às entidades político-organizativas, tais como conjunto CFESS/CRESS, sindicato, fórum de saúde, dentre outros)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

9 - Deseja acrescentar mais alguma informação?

APÊNDICE C

Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro semiestruturado de Entrevista

Público-alvo: Assistentes Sociais do Hospital Universitário de Brasília

1. Como se dá a interação entre a equipe do Serviço Social?
2. Qual o público-alvo de sua intervenção (perfil da população usuária)?
3. O trabalho desenvolvido na sua área é composto por equipe multiprofissional?
4. Os demais profissionais respeitam as atribuições e competências presentes na Lei de Regulamentação da Profissão (8662/1993)?
5. Você possui autonomia para desenvolver suas atividades de forma a viabilizar pressupostos ético-profissionais, bem como competências e atribuições privativas?
6. Você se sente valorizado(a) enquanto assistente social no HUB?
7. Como você avalia a implantação da EBSEH no HUB?
8. Ocorreram mudanças no trabalho profissional ou este permaneceu inalterado? Se ocorreram mudanças, estas foram positivas ou não? Por quê?
9. A dinâmica de trabalho do Serviço Social e/ou equipe multidisciplinar foi alterada?
10. Ocorreu sobrecarga de trabalho e/ou mudança nas relações interprofissionais; novos desafios e/ou limites profissionais?